



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Benjamin Martens

***“Zukunft der Entwicklungszusammenarbeit
im Gesundheitssektor mit Fokus auf die
Möglichkeiten der Gesundheitspädagogik“***

Bachelor - Thesis im Studiengang Gesundheitswissenschaften

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Erstgutachter: Prof. Dr. Detlef Krüger

Zweitgutachterin: Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Christine Färber

Diese Bachelor-Thesis wird vorgelegt von:

Benjamin Martens

Matrikelnr. 1927793

Abgabedatum: 29.08.2011

Vorwort

Die Anregung mich im Rahmen meiner Bachelor Arbeit mit dem Thema „Zukunft der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor mit den Möglichkeiten der Gesundheitspädagogik“ zu beschäftigen, entstand während meines entwicklungspolitischen Engagements beim ASA – Programm von InWent und dem darauf folgenden drei monatigen Praktikum in West - Malaysia. Dieses Praktikum absolvierte ich im Rahmen meines Studiums der Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg.

Die Themawahl stellt ein ideales Zusammenspiel zwischen meinen im Studium erlernten Inhalten und Theorien, meinem gesundheitspädagogisch geprägten Auslandspraktikum und meinem entwicklungspolitischen Stipendium vom ASA - Programm dar.

Mir war es wichtig ein Thema zu finden, dass insbesondere für den gesundheitswissenschaftlichen Bereich relevant, aktuell und zukunftsorientiert ist. Desweiteren wollte ich eine Verbindung zwischen dem im Bezug auf die Entwicklungszusammenarbeit sehr wichtigen Fachbereiche der Gesundheit und der Pädagogik herstellen und die Zukunftsaussichten der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor betrachten.

Ich danke Herr Professor Dr. Detlef Krüger für die Korrektur und die zuverlässige Begleitung bei der Anfertigung meiner Bachelorarbeit, in der er mich mit zahlreichen Hinweisen und Anregungen unterstützt hat.

Ein weiterer Dank geht an Frau Professorin Dr. Christine Färber für die Zweitkorrektur dieser Bachelor Arbeit.

Ich bedanke mich bei meiner Freundin für ihre Unterstützung und ihre zahlreichen Verbesserungsvorschläge und Formulierungshilfen.

(Hamburg, im August 2011)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Glossar	6
Abbildungsverzeichnis.....	8
Tabellenverzeichnis.....	8
Zusammenfassung.....	9
Abstract	10
1. Einleitung.....	11
2. Entwicklungszusammenarbeit	13
2.1 Definition	13
2.2 Historie	13
2.3 Ziele	14
2.4 Akteure.....	15
2.5 Leistungen.....	16
2.6 Kritik	17
3. Entwicklungszusammenarbeit in Deutschland.....	18
3.1 Historie	18
3.2 Akteure.....	18
3.3 Ziele	20
3.4 Leistungen.....	20
4. Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor	23
4.1 Hauptprobleme.....	23
4.11 Infektionskrankheiten.....	23
4.12 Unterernährung	24
4.13 Wasserversorgung und Hygiene	24
4.14 Mütter- und Kindersterblichkeit.....	25

4.15 Lebenserwartung.....	25
4.16 Akteure.....	26
5. EZ im Gesundheitssektor: Deutsches Engagement	27
5.1 Deutsches Engagement zur Erreichung der Millenniumsziele	27
5.2 Akteure.....	30
6. Zukunft der Entwicklungszusammenarbeit im 21. Jahrhundert	31
7. Zukunft der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor	34
8. Gesundheitspädagogik.....	37
9. Gesundheitspädagogik in der EZ	41
10. Gesundheitspädagogik in der Praxis.....	45
11. Zukunft der Gesundheitspädagogik in der EZ	49
12. Schlussbetrachtung.....	53
Literaturverzeichnis	54
Eidesstattliche Erklärung.....	58

Glossar

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
DAC	Development Assistance Committee
EH	Entwicklungshilfe
EL	Entwicklungsländer
EP	Entwicklungspolitik
EU	European Union
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
FAO	Food and Agricultural Organization
GFATM	The global fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
InWent	Internationale Weiterbildung und Entwicklung

IL	Industrielländer
IMF	International Monetary Fund
IWF	Internationaler Währungsfonds
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
LDC	Least Developed Countries
MDGs	United Nations Millennium Development Goals
ODA	Official Development Assistance
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
NATO	North Atlantic Treaty Organization
NGO	Non Governmental Organization
NRO	Nichtregierungsorganisation
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
VENRO	Verband Entwicklungspolitik deutscher NROs
WHO	World Health Organization
WWF	World Wide Fund for Nature

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Akteure der deutschen Entwicklungspolitik.....	19
Abbildung 2: BMZ Haushalt 2011.....	21
Abbildung 3: Gesundheitliche Ungleichheit.....	40
Abbildung 4: Mikro- und makroökonomische Auswirkungen von Bildung.....	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: ODA der OECD Länder.....	16
Tabelle 2: Hauptempfänger der deutschen EZ.....	22

Zusammenfassung

Dem Gesundheitssektor kommt eine überragende entwicklungspolitische Bedeutung zu, denn Gesundheit ist ein Schlüsselement für die Lebensqualität jedes Menschen sowie für die Bevölkerungs- und Wirtschaftsentwicklung jedes Landes. Das Ziel der internationalen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor ist die Verbesserung und Versorgung der medizinischen Dienstleistungen in den Entwicklungsländern. Die im Jahr 2000 deklarierten Millenniumsentwicklungsziele beschreiben die Agenda für die internationale Entwicklungspolitik im 21. Jahrhundert. Drei der insgesamt acht Millenniumsziele der Vereinten Nationen werden dem Gesundheitssektor zugeschrieben (Senkung der Kindersterblichkeit, Verbesserung der Gesundheit von Müttern und die Bekämpfung von Infektionskrankheiten). Eines der großen Schlüsselprobleme der Entwicklungsländer ist das starke Bevölkerungswachstum. Der Anteil der Entwicklungsländer an der Weltbevölkerung von etwa fünf Sechstel im Jahr 2003 wird auf etwa sieben Achtel im Jahr 2050 ansteigen. Daher sind weitere Investitionen in der Entwicklungszusammenarbeit dringend nötig, um die katastrophale Situation von über einer Milliarde absolut armer Menschen zu verbessern. Die Internationale Entwicklungszusammenarbeit steht vor der Aufgabe sich immer wieder neu zu erfinden, um auf die veränderten Herausforderungen und die Globalen Probleme des 21. Jhdts wie z.B. Klimaveränderung, Umweltverschmutzung, Wasserknappheit, schwindende Energieressourcen und armutsbedingte Migrationsströme vorbereitet zu sein. An der Verbesserung der Gesundheitsbedingungen und der Gestaltung von Gesundheitsdiensten müssen alle Menschen in den Entwicklungsländer beteiligt werden. Es müssen landesweit genügend Mittel für den Aufbau und Erhalt der Gesundheitsdienste zur Verfügung stehen. Jeder muss die Möglichkeit haben im Bedarfsfall behandelt zu werden, unabhängig der finanziellen Mittel. Ethische, humanitäre aber auch politische und ökonomische Gründe sprechen dafür, die Internationale Entwicklungszusammenarbeit weiterhin als sinnvoll und notwendig zu bewerten. Es müssen daher viele grundlegende Faktoren stimmen, um gesundheitspädagogische Maßnahmen nachhaltig und langfristig gesehen im Bildungs- und Gesundheitssystem integrieren zu können und erfolgreich umzusetzen.

Abstract

The health sector has an outstanding developmental significance, because health is a key element for the quality of life of every person, as well as for the population and economic development of each country.

The goal of international development cooperation in the health sector is the improvement and the supply of medical services in developing countries. The in 2000 declared Millennium Development Goals describe the agenda for international development policy of the 21st century. Three of the eight Millennium Development Goals of the United Nations, are attributed to the health sector (reducing child mortality, improving maternal health and combating infectious diseases).

One of the main problems of the development countries is the strong population growth. The percentage of the development countries on the world population of about five sixths in 2003 will rise to about seven eighths in 2050. Therefore, continued investments in development cooperation are urgently needed to improve the dire situation of over one billion absolutely poor people. The international development cooperation faces the task of constantly re-invent themselves to respond to the changing challenges and be prepared for the global problems of the 21st century, such as climate change, pollution, water shortages, dwindling energy resources and poverty-related migration flows.

To improve the health conditions and the design of health services, all people in the development countries must be involved. There must be enough funds available for the nationwide construction and maintenance of health services. Everyone must have the opportunity to be treated in case of need, regardless of financial means. Ethical, humanitarian but also political and economic reasons concede the case, to evaluate the International development cooperation still to be useful and necessary.

Therefore, many basic factors have to vote, in order to be able to integrate and implement health educational actions successfully into the education and health care system on a lasting and long-term base.

1. Einleitung

1. Einleitung

Von den derzeit ca. 6,8 Milliarden Menschen auf der Erde leben mehr als 80% in den Entwicklungsländern (EL) Afrikas, Asiens und Lateinamerikas. Auf diese Länder entfallen jedoch weniger als ein Viertel der globalen Wertschöpfung. Noch immer müssen weltweit mehr als eine Milliarde Menschen mit weniger als 1,25 US-Dollar am Tag auskommen und 95% dieser Menschen leben in den sogenannten Entwicklungsländern. Diese weltweiten Probleme bestehen auch nach mehr als sechzig Jahren internationaler Entwicklungszusammenarbeit (EZ), trotz immer neuerer Entwicklungstheorien und Entwicklungsstrategien. Die Fragen sind daher, „welche Strategien sind in der aktuellen Zeit, mit den aktuellen Bedingungen geeignet und wirken zudem nachhaltig“? Und wie kann die internationale EZ auf die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts angemessen reagieren. [Sangmeister, 2009: 13]

Das Ziel der Entwicklungspolitik (EP) besteht darin den Ländern der Dritten Welt zu Wohlstand, d.h. zu einer Reduzierung der Armut zu verhelfen, dafür die wirtschaftlichen und sozialen Situationen zu analysieren und geeignete entwicklungspolitische Vorschläge zu machen. Desweiteren muss das Hauptanliegen der EP sein, die Lebensbedingungen der Menschen langfristig zu verbessern. Die Kluft zwischen arm und reich vergrößert sich zusehends, z.B. verfügen die drei reichsten Menschen der Welt über ein Vermögen, das höher ist als das Bruttoinlandsprodukt (BIP) der 49 am wenigsten entwickelten Länder (LDC). Die Menschen der Industrieländer genießen heute einen Überfluss, der noch vor einem Jahrhundert nicht vorstellbar gewesen wäre. Gleichzeitig jedoch lebt ein großer Anteil der Menschheit in einer Umwelt die von Armut, Hunger, Krankheit, politischen Unruhen und kaum vorhandenen Entwicklungsperspektiven geprägt wird, insgesamt also an einem allgemeinen Mangel an Lebensqualität und Wohlstand. [Lachmann, 2004: 1]

Für die Staatliche internationale EZ seitens der OECD – Länder werden weltweit gegenwärtig rund 128,7 Milliarden US-Dollar pro Jahr ausgegeben, die Tendenz ist jedoch weltweit rückläufig. Trotz Zusagen aus der Vergangenheit die Ausgaben

für die EZ zu erhöhen beginnen einige Staaten ihre Entwicklungshilfezusagen auf Kosten des eigenen Schuldenabbaus zu streichen. [Faigle, 2010]

Die im September 2000 von 189 Staats- und Regierungschefs vereinbarte „Millenniumserklärung“ beschreibt die Agenda für die internationale Politik im 21. Jahrhundert. Aus der Erklärung wurden acht internationale Entwicklungsziele abgeleitet, die Millenniumsentwicklungsziele ("Millennium Development Goals"). Diese sollten bis zum Jahre 2015 erreicht werden.

Eine weitere wichtige Frage wird sein „Wie sieht die zukünftige Gestaltung der internationalen EZ im Gesundheitssektor aus“? Dem Gesundheitssektor wird zur Erreichung der Millenniumsziele eine sehr wichtige Bedeutung zugemessen, da insgesamt drei von den acht Millenniumszielen auf den Gesundheitssektor entfallen.

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) stellt daher für die Erreichung der Millenniumsziele bis zum Jahre 2015 weitere Investitionen im Bereich der Bildung und Gesundheit in Aussicht. [BMZ, 2010]

„Wie kann in Zukunft der Bereich der Gesundheitspädagogik in der EZ integriert und erweitert werden, so dass eine zukünftige Nachhaltigkeit in den EL gewährleistet werden kann“? Das BMZ hat erkannt, dass die Schlüsselbereiche Bildung und Gesundheit zu den wichtigsten Voraussetzungen der Entwicklungszusammenarbeit und insbesondere dem ersten Millenniumsziel der Armutsbekämpfung gehören, denn wer arm ist braucht eine gute gesundheitliche Verfassung um seine Produktivität zu sichern, daraus ein Einkommen zu erzielen und seine persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten nutzen zu können.

2. Entwicklungszusammenarbeit

Vor ca. 20 Jahren wurde der Begriff der „Entwicklungshilfe“ durch den der „Entwicklungszusammenarbeit“ abgelöst, was die partnerschaftliche Gleichberechtigung zwischen den Geber- und Empfängerländern symbolisieren soll und nicht mehr nur die Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit vom Geberland.

2.1 Definition

Der Begriff der „Entwicklungszusammenarbeit“ ist nicht einheitlich definiert oder eindeutig abgegrenzt, er wird meist als Synonym mit anderen Begrifflichkeiten wie Entwicklungshilfe, Auslandshilfe oder Politik der wirtschaftlichen Zusammenarbeit verwendet. Unter EZ wird die finanzielle, personelle, und technische Kooperation zwischen Industrie- und Entwicklungsländern verstanden, mit dem gemeinsamen Ziel die sozioökonomischen und allgemeinen Lebensbedingungen der EL nachhaltig zu verbessern. [Lachmann, 1999: 2]

2.2 Historie

Der Beginn der EP wird mit dem Ende des zweiten Weltkriegs und der Gründung der NATO datiert. Anfänglich wurde die EP als ein Instrument im Ost – West Konflikt benutzt, in dem unter den EL nach verbündeten Partnern gesucht wurde um die eigenen Blockinteressen zu vertreten.

Bis Ende der 1960er Jahre bestand das Ziel der EZ darin, die EL zu befähigen die Industrialisierung nachzuholen, in dem sie versuchten sie in den Weltmarkt zu integrieren um dort als Wachstumsmotor zu fungieren und eine höhere Nachfrage bei den Industrieländern (IL) zu bewirken. Das Konzept der Wachstumsentwicklung scheiterte jedoch und kam zumeist nur den Eliten der geförderten Länder zugute.

Die 1970er Jahre gelten als Dekade der Grundbedürfnissicherung. Es wurden zahlreiche Programme gestartet wie „Gesundheit für alle“ von der WHO, „Bildung für alle“ von der UNESCO oder die Aktion „Nahrung für alle“ von der FAO.

Die dritte entwicklungspolitische Dekade von 1980 – 1990 prägt eine hohe Verschuldung der EL und wird im Nachhinein als verlorenes Jahrzehnt bezeichnet.

Durch den Zusammenbruch der Sowjetunion und dem Ende des Ost – West Konfliktes veränderten sich die Sichtweisen und Ziele der EP. Ab den 1990er Jahren begann die Zeit des Strebens nach einer nachhaltigen Entwicklung. Das Ziel war, die Bevölkerungen in den EL in die Lage zu versetzen ihre Lebensbedingungen eigenständig zu verbessern. [BPB, 2005]

Auf dem sogenannten Millenniumsgipfel im Herbst 2000 veröffentlichte die UN, dass jeder fünfte Mensch auf der Erde mit weniger als einem Dollar am Tag auskommen muss und dass mehr als 700 Millionen Menschen hungern und unterernährt sind. Aufgrund dieser Zahlen verabschiedeten 189 Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen die „Millenniums - Erklärung“, einen grundlegenden Katalog für die Zielsetzungen aller UN - Mitgliedsstaaten. [UN, 2000]

2.3 Ziele

Die Ziele der EP sind abhängig vom jeweiligen Land. Jedoch verfolgen die Mitglieder der OECD - Staaten eine gemeinsame Linie, die sich stark an den im Jahre 2000 aufgestellten Millenniumszielen orientiert. [UN, 2000]

Die im Jahre 2000 deklarierten „Millenniumsentwicklungsziele“ sind:

- Armut und Hunger beseitigen (MDG 1)
- Grundbildung für alle Kinder verwirklichen (MDG 2)
- Gleichstellung der Geschlechter fördern und die Rechte und den Einfluss der Frauen stärken (MDG 3)
- Die Kindersterblichkeit senken (MDG 4)
- Die Gesundheit von Müttern verbessern (MDG 5)
- HIV/Aids, Malaria und andere übertragbare Krankheiten bekämpfen(MDG6)
- Schutz der Umwelt verbessern (MDG 7)
- Eine weltweite Entwicklungspartnerschaft aufbauen (MDG 8)

2.4 Akteure

In der EZ unterscheidet man zwischen multilateraler- und bilateraler EZ. In der multilateralen EZ zahlen IL an Organisationen wie z.B. die Weltbankgruppe, die UN oder die WHO die diese Gelder verwalten und an die EL durch verschiedene Programme auszahlen. In der bilateralen EZ unterstützt ein Geberland ein Empfängerland direkt. [Lachmann, 1999: 60-61]

Den wertmäßig größten Teil der öffentlichen EZ werden von den 22 größten Industrienationen und der Europäischen Union getragen. Sie sind im Development Assistance Committee (DAC) der Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) zusammengeschlossen. [Sangmeister, 2010: 17]

Die wichtigsten Träger der Vereinten Nationen sind:

- International Development Association (IDA) der Weltbankgruppe
- United Nations Development Programme (UNDP)
- United Nations Children's Fund (UNICEF)
- International Monetary Fund (IMF)

Die wichtigsten Träger der Europäischen Union sind:

- OECD - Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- EuropeAid - Koordination sämtlicher europäischer Entwicklungspolitik
- Europäische Bank für Wiederaufbau und Entwicklung (EBRD)
- Europäischer Entwicklungsfonds (EEF)
- Europäische Investitionsbank (EIB)

Einen sehr wichtigen Beitrag in der EZ leisten die Nichtregierungsorganisationen (NRO) = Non Governmental Organization (NGO). Diese sind im Allgemeinen unabhängige, private und gemeinnützige Organisationen, deren gemeinsames Merkmal die Nichtstaatlichkeit und die nicht gewinnorientierte Arbeit ist. NROs arbeiten in unterschiedlichen Themenfeldern. Sie finanzieren sich hauptsächlich durch Spendengelder erhalten teilweise jedoch auch staatliche Zuwendungen. [Lachmann, 1999: 205]

2.5 Leistungen

Im Jahr 2010 wurden seitens der DAC - Länder Leistungen in Höhe von 128,7 Milliarden US-Dollar erbracht. Diese Zahlen relativieren sich jedoch, wenn sie in Beziehung zum Bruttonationaleinkommen (BNE) gesetzt werden. Es bestehen zwischen den einzelnen Geberländern deutliche Unterschiede in der Höhe der bereitgestellten Leistungen. Während z.B. Schweden und Norwegen im Jahr 2008 immerhin 0,98% bzw. 0,88% ihres BNE für EH ausgaben, waren es im Fall von Deutschland nur 0,38% und bei den USA nur 0,19% des BNE. In absoluten Zahlen jedoch gesehen ergibt sich eine völlig andere Reihenfolge, dort sind die USA gefolgt von Frankreich und Deutschland die größten Geberländer. [Sangmeister, 2010: 55]

Leistungen der öffentlichen EZ aller DAC Länder im Zeitraum von 2003 – 2009:

[Tabelle 2] Öffentliche EZ (ODA) aller DAC-Länder							
<i>Netto-Auszahlungen in Mio. US-Dollar</i>							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
1. USA	16.320	19.705	27.935	23.532	21.787	26.842	28.665
2. Frankreich	7.253	8.473	10.026	10.601	9.884	10.908	12.431
3. Deutschland	6.784	7.534	10.082	10.435	12.291	13.981	11.982
4. Großbritannien	6.262	7.905	10.772	12.459	9.849	11.500	11.505
5. Japan	8.880	8.922	13.126	11.136	7.679	9.579	9.480
6. Spanien	1.961	2.437	3.018	3.814	5.140	6.867	6.571
7. Niederlande	3.972	4.204	5.115	5.452	6.224	6.993	6.425
8. Schweden	2.400	2.722	3.362	3.955	4.339	4.732	4.546
9. Norwegen	2.042	2.199	2.786	2.954	3.728	3.963	4.086
10. Kanada	2.031	2.599	3.756	3.683	4.080	4.795	4.013
11. Italien	2.433	2.462	5.091	3.641	3.971	4.861	3.314
12. Dänemark	1.748	2.037	2.109	2.236	2.562	2.803	2.810
13. Australien	1.219	1.460	1.680	2.123	2.669	2.954	2.761
14. Belgien	1.853	1.463	1.963	1.977	1.951	2.386	2.601
15. Schweiz	1.299	1.545	1.772	1.646	1.685	2.038	2.305
16. Finnland	558	680	902	834	981	1.166	1.286
17. Österreich	505	678	1.573	1.498	1.808	1.714	1.146
18. Irland	504	607	719	1.022	1.192	1.328	1.000
19. Korea	–	–	–	–	–	802	816
20. Griechenland	362	321	384	424	501	703	607
21. Portugal	320	1.031	377	396	471	620	507
22. Luxemburg	194	236	256	291	376	415	403
23. Neuseeland	165	212	274	259	320	348	313
DAC-Länder insgesamt	69.065	79.432	107.078	104.368	103.485	122.296	119.573
darunter EU-Mitglieder des DAC insgesamt	37.109	42.789	55.750	59.034	61.538	70.974	67.135

Quellen: OECD-DAC (2009) Tabelle 4, OECD Pressemitteilung vom 14. April 2010 und OECD-DAC (2010) Tabelle 1.

*vorläufig

Tabelle 1: ODA der OECD Länder [WdEH, 2010]

2.6 Kritik

Einige sehen die Entwicklungspolitik als ein "Fass ohne Boden" an, wiederum andere sehen in ihr die Notwendigkeit für den Erhalt der Erde. Häufig genannte Kritik bezieht sich auf die praktische Umsetzung der EZ, betreffend der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Maßnahmen und einzelnen Projekten.

Weitere Kritik bezieht sich auf die finanzielle Abhängigkeit der Empfängerländer gegenüber ihrem Geber. Außerdem wird häufig kritisiert, dass viele Organisationen die Realitäten vor Ort nicht richtig einschätzen können und viele Zahlungen eher der korrupten Elite zukommen und nicht die eigentliche Zielgruppe der Armen erreiche. Desweiteren wird kritisiert, dass die Entwicklungsstrategien aktuellen Moden folgen, die den wirklichen Bedürfnissen der EL nicht entspräche. [BPB, 2005]

Sofern der Anspruch der EZ darin bestanden haben sollte die Probleme der EL zu lösen, dann lautet die ernüchternde Bilanz nach sechs Dekaden EZ, dass es ihr nicht gelungen ist. Nichtsdestotrotz hat die EZ tausendfach wirksame humanitäre Hilfe geleistet, sie hat unzählige Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensbedingungen armer Menschen durchgeführt und hat in vielen EL substantielle Beiträge für die Überwindung von Entwicklungshemmnissen geleistet. [Sangmeister, 2010: 25]

Das die EZ unerlässlich ist, zeigt sich an einigen Beispielen: [BMZ, 2011]

- Waren 1990 noch 46 Prozent der Menschen in Entwicklungsländern extrem arm, konnte der Anteil bis 2005 auf 27 Prozent gesenkt werden
- Seit 1950 stieg die Lebenserwartung in den EL von 40 auf 65 Jahre
- Seit 1970 sank der weltweite Anteil von Analphabetinnen von 45% auf 18%

3. Entwicklungszusammenarbeit in Deutschland

Die Bundesrepublik Deutschland gehört zwar hinsichtlich der Landes- und Bevölkerungsgröße nicht zu den größeren Ländern dieser Welt, spielt aber aufgrund ihrer Wirtschaftsleistungen eine gewichtige Rolle. Auch in der Entwicklungspolitik ist Deutschland eines der wichtigsten Geberländer der OECD - Staaten. Deutschland entrichtet nach den USA und Frankreich den dritthöchsten Gesamtbetrag. [BPB, 2005]

3.1 Historie

Am Ressourcentransfer für die internationale EZ, war die BRD erstmalig im Jahre 1952 beteiligt. Im Jahre 1956 betrug das Budget für die EZ schon 50 Mio. DM (25,5 Mio Euro). Die Bundesrepublik Deutschland gründete am 14. November 1961 das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, welches das Pendant zur US - amerikanischen Agency for international Development (AID) war. Da die EP in den Anfangsjahren als Instrument der Außen- und Sicherheitspolitik genutzt wurde, versuchte die Bundesrepublik lange Zeit die völkerrechtliche Anerkennung der DDR seitens der Drittweltstaaten zu verhindern. Seit 2009 wird das BMZ von Dirk Niebel (FDP) geleitet. [Sangmeister, 2010: 17]

3.2 Akteure

Im internationalen Vergleich weist die deutsche EP eine hohe Anzahl von Akteuren auf. An erster Stelle ist das BMZ zu nennen, welches für die Konzeptentwicklung, Planung und Steuerung der staatlichen Zusammenarbeit verantwortlich ist. Das BMZ leitet die finanziellen Mittel an die Durchführungsorganisationen weiter. Eines davon ist die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), die für die finanzielle Zusammenarbeit verantwortlich ist. Die KfW gewährt Kredite mit denen ein EL eigene Maßnahmen durchführen kann. Die am wenigsten entwickelten Länder (LDC) erhalten die Leistungen als einen nicht rückzahlbaren Zuschuss, bei den anderen EL ist der Kredit auf 20 bis 30 Jahre bei einem niedrigen Zinssatz ausgelegt. [Bliss, 2001: 25]

3. Entwicklungszusammenarbeit in Deutschland

Die personelle Zusammenarbeit beinhaltet die Entsendung von Entwicklungshelfern in die ganze Welt. Die größten Organisationen in diesem Bereich sind:

- Deutscher Akademischer Austauschdienst (DAAD)
- Dienste in Übersee (DÜ)
- Christliche Fachkräfte International (CFI)

Die technische Zusammenarbeit besteht aus der Bereitstellung von deutschen Fachkräften, Maschinen und Material sowie der Aus- und Fortbildung der Arbeiter in den EL. Die wichtigste Organisation in diesem Bereich ist die im Januar 2011 neu geschaffene „Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit“ (GIZ), die aus einer Fusion der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), der Internationalen Weiterbildung und Entwicklung GmbH (Inwent) und dem Deutschen Entwicklungsdienst (DED) entstanden ist.

Im Bereich der NROs haben sich im Jahr 2006 rund 100 NROs zum Verband Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungsorganisationen (VENRO) zusammengeschlossen. [Sangmeister, 2010: 93]

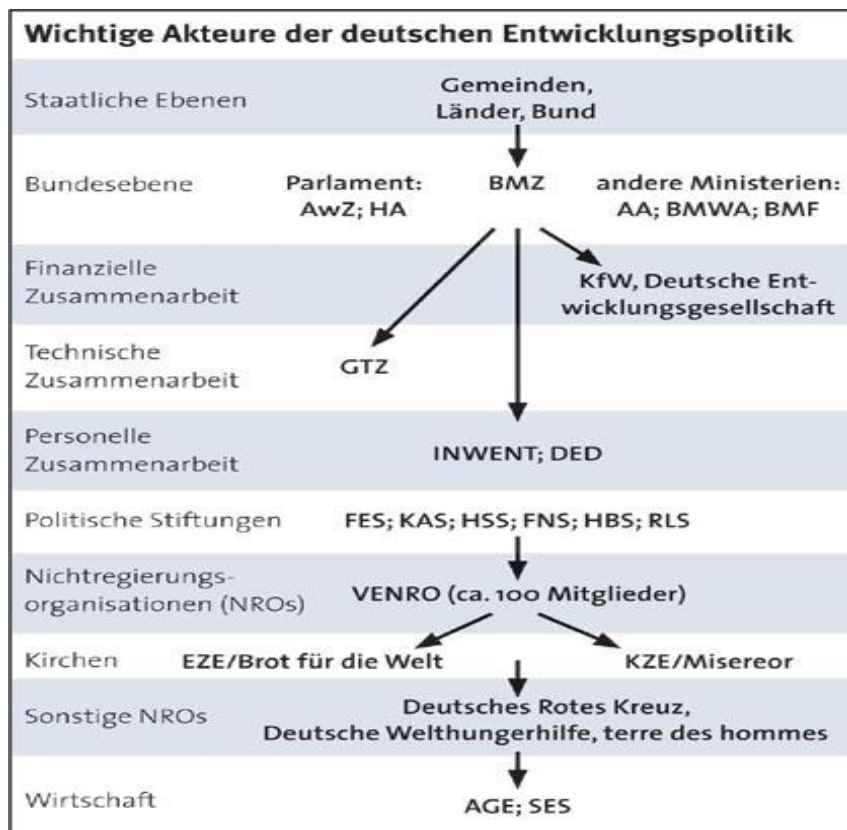


Abbildung 1: Akteure der deutschen Entwicklungspolitik [BPB, 2005]

3.3 Ziele

Das Ziel der deutschen EZ ist, die Lebensbedingungen der Menschen in den entwicklungspolitischen Partnerländern nachhaltig zu verbessern. Die drei zentralen Belange sind ein produktives Wirtschaftswachstum, eine soziale Gerechtigkeit und eine ökologische Nachhaltigkeit für künftige Generationen zu gewährleisten. [BMZ, 1997]

„Entwicklungszusammenarbeit will Menschen die Freiheit geben, ohne materielle Not selbstbestimmt und eigenverantwortlich ihr Leben zu gestalten und ihren Kindern eine gute Zukunft zu ermöglichen“. (Bundesminister, Dirk Niebel, 2011) [Niebel, 2011]

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung definiert folgende Schwerpunktziele in der EP: [BMZ, 2011]

- Armut nachhaltig bekämpfen
- Friedenssicherung
- Entschuldung vorantreiben
- Strukturdefizite abbauen
- Zivilgesellschaft stärken
- Wirtschaft einbeziehen
- Wirksamkeit stärken
- Sichtbarkeit verbessern
- Gute Regierungsführung (Good Governance)

3.4 Leistungen

Insgesamt erreichten die deutschen bilateralen Zahlungen von 1960 bis 2009 ein Gesamtvolumen von 143 Milliarden Euro. Der größte Anteil entfiel in diesem Zeitraum auf die EL Asiens (36%) und Afrikas (34,5%). Die EL Lateinamerikas und der Karibik erhielten ca. 12% und die EL Europas (früher z.B. Spanien, Portugal, Griechenland, Türkei) ca. 9%. [Sangmeister, 2010: 88]

Für das Haushaltsjahr 2011 stehen dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 6,22 Milliarden Euro zur Verfügung. Das sind

3. Entwicklungszusammenarbeit in Deutschland

2,5 Prozent mehr als im Jahr 2010. Im Jahr 2011 macht der BMZ Haushalt zwei Prozent des Bundeshaushalts aus.

Das BMZ setzt derzeit 61 Prozent seines Etats für die bilaterale Zusammenarbeit mit Partnerländern über staatliche und zivilgesellschaftliche Organisationen ein. 38 Prozent der Mittel gehen an die EU, multilaterale Organisationen und Entwicklungsbanken. [BMZ, 2011]

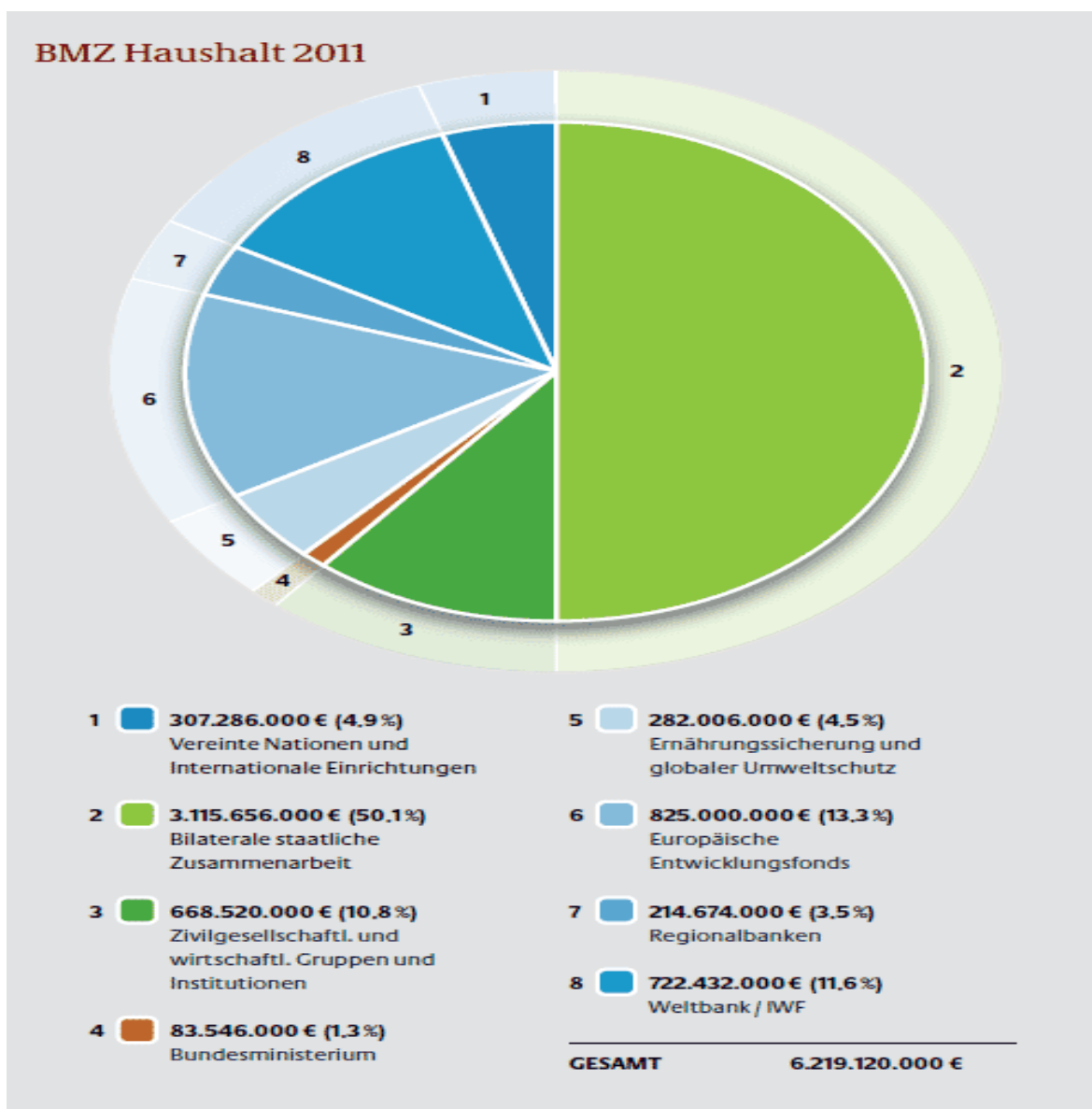


Abbildung 2: BMZ Haushalt 2011 [BMZ, 2011]

Die Hauptempfängerländer der deutschen EZ Leistungen sind überwiegend in Afrika zu finden. Mit steigender Tendenz ergibt sich seit Mitte der neunziger Jahre eine regionale Verschiebung der deutschen Leistungen zugunsten afrikanischer Länder südlich der Sahara. Das Land mit den aktuell größten Zusagen ist jedoch Afghanistan, was vor allem mit der Außen- und Sicherheitspolitik der Bundesrepublik Deutschland zusammenhängt. [Sangmeister, 2010: 88]

[Tabelle 9] Die Hauptempfängerländer deutscher bilateraler EZ, Rahmenplanung 2011

EZ-Zusagen bzw. Soll-Werte 2011

	Land	Mio. €
1	Afghanistan ¹	240,0
2	Ägypten* ³	95,1
3	Dem. Republik Kongo* ³	64,0
4	Südafrika* ³	56,25
5	Mosambik** ⁴	52,0
6	Tansania** ²	49,0
7	Kenia** ³	46,0
8	Ghana** ²	43,33
9	Palästinensische Gebiete	42,5
10	Pakistan*	40,0
11	Uganda** ³	40,0
12	Indien	39,0
13	Äthiopien**	34,0
14	Nigeria* ³	33,75
15	Jemen*	31,5

Tabelle 2: Hauptempfänger der deutschen EZ [WdEH, 2010]

4. Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor

Dem Gesundheitssektor kommt eine wichtige entwicklungspolitische Bedeutung zu, denn Gesundheit ist ein Schlüsselement für die Lebensqualität jedes Menschen sowie für die Bevölkerungs- und Wirtschaftsentwicklung jedes Landes. Indikatoren für die schlechte gesundheitliche Verfassung der Menschen in den EL sind unzureichende Ernährung, schlechte Wohnverhältnisse, mangelnde hygienische Bedingungen und der fehlende Zugang zu sauberem Trinkwasser. [BPB, 2005]

Das Ziel der öffentlichen EZ ist, die Verbesserung und Versorgung der medizinischen Dienstleistungen in den EL. Drei der acht Millenniumsziele der UN werden dem Gesundheitssektor zugeschrieben. (Senkung der Kindersterblichkeit, Verbesserung der Gesundheit von Müttern und die Bekämpfung von Infektionskrankheiten). Gesundheit stellt ein Grundbedürfnis dar, welches eine wichtige Voraussetzung für eine verbesserte Leistungsfähigkeit und eine damit verbundene Armutsminderung ist. Es besteht daher eine unmittelbare Verbindung mit dem ersten Millenniumsziel der „Armutsminderung“. Schlussfolgernd kann man sagen, dass die Hälfte der bis zum Jahre 2015 zu erreichenden Millenniumsziele auf den Gesundheitssektor entfallen. Was die Bedeutung dieses Sektors noch einmal verdeutlicht.

4.1 Hauptprobleme

Zu den Hauptproblemen der globalen Gesundheit gehören Infektionskrankheiten, die Unterernährung vieler Menschen in den EL, die unzureichende Wasserversorgung, die mangelnden Hygienischen Bedingungen und die Mütter- und Kindersterblichkeit.

4.11 Infektionskrankheiten

33 Millionen Menschen leben mit HIV/AIDS und über zwei Millionen Menschen sterben jährlich daran. 1,7 Millionen Menschen sterben pro Jahr an Tuberkulose und eine Million Menschen an Malaria, etwa 80% davon sind Kinder unter fünf Jahren. Insgesamt sterben jedes Jahr ca. 15,5 Millionen Menschen in EL an Infektionskrankheiten. [BMZ, 2010]

4. Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor

Das Beispiel der Infektionskrankheiten veranschaulicht die schlechte und unzureichende medizinische Versorgung in den EL. Eines der entwicklungspolitischen Hauptaufgaben ist es, die Gesundheitssysteme der EL zu unterstützen, damit diese mit der Bedrohung durch Infektionskrankheiten umgehen können.

Der Schwerpunkt der gesundheitspolitischen EZ lag früher in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten, was durch die hohe Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten wie z.B. HIV/AIDS, Malaria, Tuberkulose, Durchfallerkrankungen, Atemwegsinfektionen und sexuell übertragbaren Krankheiten zu erklären ist. Auch heute noch ist die Bekämpfung von Infektionskrankheiten eines der wichtigsten gesundheitspolitischen Aufgaben in der EZ. Mittlerweile ist jedoch eine Veränderung von klassischen krankheitsspezifischen Programmen, hin zu einem ganzheitlichen Gesundheitssystemmanagement, zu erkennen.

4.12 Unterernährung

Laut der FAO hungern fast eine Milliarde Menschen auf der Welt, dies ist mehr als jeder siebte Mensch. Unterernährt sind Menschen, deren Nahrungsaufnahme weniger als den minimalen Energiebedarf von 1800 Kalorien pro Tag beinhaltet. Durch die wachsende Weltbevölkerung steigt auch der Bedarf an Nahrungsmitteln. Es wird jedoch auf der Welt genügend Nahrung produziert um alle Menschen ausreichend zu versorgen. Das Problem liegt also nicht in der Nahrungsknappheit, sondern in der Verteilung. Während in den IL der Anteil der Menschen mit Übergewicht und Adipositas weiter ansteigt, leben 98% der hungernden, unterernährten Menschen in den EL. [FAO, 2010]

4.13 Wasserversorgung und Hygiene

Laut dem World Wide Fund for Nature (WWF) steht über einer Milliarde Menschen kein sauberes Trinkwasser zur Verfügung. Über 2,6 Milliarden Menschen haben keinen Zugang zu sanitären Einrichtungen, diese leben überwiegend in den EL Afrikas und Asiens. Die Konsequenzen sind, dass jährlich ca. vier Millionen Menschen an den Folgen von verunreinigtem Wasser sterben. [WWF, 2010]

4. Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor

Durch die schlechten oder mangelnden sanitären Einrichtungen und den häufig mangelnden hygienischen Maßnahmen wie z.B. dem Händewaschen, sind häufig auftretende Infektionskrankheiten die Folge. Insbesondere Wurm- und Durchfallerkrankungen, in Kombination mit einem schlechten Ernährungszustand und Unterernährung stellen ein großes Problem dar. So sterben jedes Jahr bis zu zwei Millionen Kinder unter fünf Jahren an Durchfällen, was ca. 14% aller Todesfälle von Kindern ausmacht. [BMZ, 2010]

4.14 Mütter- und Kindersterblichkeit

Die adäquate Gesundheitsversorgung von Müttern und Kindern hat in der globalen Gesundheit eine sehr große Bedeutung und stellt zwei der Millenniumsziele dar. 1500 Frauen sterben täglich aufgrund von Komplikationen während der Schwangerschaft, das entspricht mehr als einer halbe Million Frauen jährlich. 50% dieser Frauen leben in Sub - Sahara Afrika. Hauptursachen für die Müttersterblichkeit sind Infektionen, Blutungen und unsachgemäße Abtreibungen.

Jedes siebte Kind (14%) in Sub-Sahara Afrika verstirbt vor dem fünften Lebensjahr. Insgesamt starben im Jahre 2008, 8,8 Millionen Kinder auf der Welt vor dem fünften Lebensjahr. Davon starben zwei Drittel dieser Kinder innerhalb des ersten Monats nach der Geburt und ca. 70% von diesen in der ersten Woche. Durch einfache Maßnahmen wie Impfungen gegen Tetanus, die Unterstützung durch ausgebildetes medizinisches Personal, Prävention von Infektionen und dem Zugang zu notfallmäßiger Geburtshilfe (Bluttransfusionen etc.) könnten die meisten Todesfälle bei Neugeborenen verhindert werden. [BMZ, 2010]

4.15 Lebenserwartung

Eine weitere Folge von unzureichenden Gesundheitsstrukturen sind die geringeren Lebenserwartungen in den EL. Die durchschnittliche Lebenserwartung in den EL liegt mit 64 Jahren um 14 Jahre hinter der Lebenserwartung der IL. Insbesondere HIV/AIDS hat die durchschnittliche Lebenserwartung in einigen afrikanischen Staaten deutlich herabgesetzt.

Gesundheit kann als ein wichtiger Faktor für das Bevölkerungswachstum angesehen werden, denn aus einer verbesserten Gesundheitssituation in den EL

kann eine beträchtliche Erhöhung der Lebenserwartung erzielt werden. Als Folge dieser Überlegungen kommt einer Förderung des Gesundheitssektors in den EL eine sehr hohe Bedeutung zu. [BPB, 2005]

4.16 Akteure

Der wichtigste Akteur ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO), sie ist die globale, zwischenstaatliche Organisation im Gesundheitssektor. Ihr Ziel ist es den höchstmöglichen Grad an Gesundheit für alle Menschen zu erreichen.

Das Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) wurde 1996 gegründet um die globalen Aktivitäten gegen die HIV/AIDS Epidemie zu koordinieren, welches beinhaltet die Verbreitung zu verhindern, Betreuung und Behandlung zu fördern sowie gesellschaftliche und persönliche Folgen einzudämmen. [UNAIDS, 2008]

Die im Jahre 2000 von Bill und Melinda Gates gegründete (Bill and Melinda Gates Foundation), ist weltweit der größte Geldgeber im Kampf gegen Infektionskrankheiten wie z.B. Malaria, HIV/AIDS und Tuberkulose. Ein weiterer wichtiger Akteur auf diesem Gebiet ist, „The global fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria“ (GFATM).

Wichtige NGOs in der gesundheitlichen EZ sind:

- Internationales Rotes Kreuz
- Ärzte ohne Grenzen
- Oxfam
- Roll Back Malaria - Programm

5. EZ im Gesundheitssektor: Deutsches Engagement

In den 60er und 70er Jahren standen der Bau und der Betrieb von großen Krankenhäusern im Mittelpunkt der deutschen bilateralen Zusammenarbeit. Große Bevölkerungsteile blieben jedoch von der gesundheitlichen Grundversorgung ausgeschlossen, da sie außerhalb des Einzugsbereichs der Krankenhäuser lagen. Durch das Konzept der primären Gesundheitsversorgung (Primary Health Care) soll die gesundheitliche Grundversorgung so nah wie möglich an die Bevölkerung herangebracht werden. Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollten im Rahmen bestehender Gesundheitsstrukturen in den EL durchgeführt werden.

Zielgruppen sind laut dem BMZ besonders gesundheitsgefährdete, sozial schwache und unterversorgte Bevölkerungsgruppen. Die Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens in den EL wird durch qualifiziertes Personal, zur Aus- und Fortbildung, durch Arzneimittel durch den Aufbau von Produktionsstätten für Generika, der Unterstützung in der Forschung von Medikamenten und Impfstoffen sowie durch die Verbesserung der Infrastruktur und der Kontrolle spezieller Krankheiten wie z.B. Malaria, HIV/AIDS und Tuberkulose gewährleistet. [BMZ, 1997]

5.1 Deutsches Engagement zur Erreichung der Millenniumsziele

Der Beitrag der deutschen Bundesregierung zur Erreichung des 4. Millenniumsziels (Senkung der Kindersterblichkeit) umfasst eine Vielzahl von Ansätzen. Zur Bekämpfung von Krankheiten unterstützt Deutschland u.a. Organisationen wie die WHO und UNICEF, die flächendeckende Kampagnen wie z.B. Impfprogramme gegen Polio und andere Kinderkrankheiten durchführen.

Deutschland fördert im Rahmen der allgemeinen Stärkung von Gesundheitsdiensten in Partnerländern Präventionsmaßnahmen gegen Infektionskrankheiten wie z.B. Durchfall, Malaria und Atemwegsinfektionen. Bei der Mutter-Kind-Versorgung in Gesundheitszentren werden gezielte, präventive Maßnahmen für Mütter und Kinder durchgeführt. So können häufige Probleme wie Mangelernährung oder verzögerte Entwicklungen von Kindern früher erkannt und behandelt oder gleich ganz vermieden werden.

Durch Aufklärungsmaßnahmen zur Verbesserung der Neugeborenenengesundheit und Kampagnen zur sicheren Mutterschaft (Safe Motherhood Programme) wird die Gefahr vermindert, dass Kinder zu früh oder mit Untergewicht geboren werden. Aufklärung und Information sind weitere wichtige Instrumente für die Familienplanung und die Prävention von HIV - Infektionen.

Deutschland bietet Beratungsangebote zu Themen wie z.B. der weiblichen Genitalverstümmelung, Nahrungstabus und Verhaltensregeln, die schädlich für die Gesundheit von Kindern sein können. Weiterhin fördert Deutschland die Grundbildung für Mädchen sowie Aufklärungen und Fortbildungen im Bereich der sexuellen Gesundheit.

Die deutsche EZ unterstützt im Rahmen der Verbesserung der weltweiten Kindergesundheit das „Fit for School“ Schulgesundheitsprogramm, welches in den Schulen und Kindergärten der südostasiatischen Länder Vietnam, Philippinen, Malaysia und Brunei umgesetzt wird.

Es beinhaltet Maßnahmen zum täglichen Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta, dem Händewaschen mit Seife sowie einer halbjährlichen medikamentösen Entwurmung. Das Programm erfasst etwa eine Million Kinder.

Deutschland berät im Rahmen eines bilateralen Programms das afrikanische Land Tansania, wie es sein Gesundheitssystem verbessern kann. Eines der zentralen Probleme ist eine sehr hohe Mütter- und Kindersterblichkeit. Deutschland unterstützt Tansania darin, ein funktionierendes Gesundheitssystem mit qualifizierten Mitarbeitern aufzubauen, welches die Bevölkerung ausreichend versorgen kann. Das Programm hat bisher erreichen können, dass die Kinder- und Säuglingssterblichkeit deutlich gesenkt werden konnte.

Das deutsche Engagement zur Erreichung des 5. Millenniumsziels (Gesundheit von Müttern verbessern und Müttersterblichkeit senken) konzentriert sich darauf, seine Partnerländer dabei zu unterstützen, ihre Gesundheitssysteme zu stärken und auszubauen, sowie die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen und Mädchen zu verbessern. Denn es ist ein zentrales Menschenrecht, seine sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu verwirklichen.

Um diese Ziele langfristig und erfolgreich zu verwirklichen, benötigt es grundsätzlicher Faktoren wie die Gleichberechtigung der Geschlechter, die

Berücksichtigung der Menschenrechte und einem Wirtschaftswachstum, das alle Bevölkerungsgruppen erreicht.

Ursachen für den schlechten Bildungs- und Gesundheitszustand von Frauen liegen in der entwicklungspolitischen Praxis zu beobachtenden Diskriminierung von Frauen, ihrer fehlenden Gleichberechtigung und Rechtssicherheit.

Der von der Bundesregierung initiierte Gender - Aktionsplan für die Jahre 2009 bis 2012 fördert das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und dem Zugang zu freiwilliger Familienplanung. Auf dem G8 Gipfel im Jahre 2010 startete Deutschland zusätzlich eine Initiative zur Ausweitung selbstbestimmter Familienplanung (voluntary family planning). Weiterhin gehört Deutschland zu den wichtigsten Gebern bei der Bereitstellung von Kondomen und anderen Kontrazeptiva zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten und zur Verhütung von ungewollten Schwangerschaften.

Beispiele für das deutsche Engagement zur Bekämpfung der Müttersterblichkeit zeigen sich in Burkina Faso. Dort sind Jugendarbeitslosigkeit, Kinderhandel und die HIV/AIDS Epidemie die Grundprobleme der Entwicklung. Außerdem sind Probleme wie weibliche Genitalverstümmelung, Zwangsheirat und häusliche Gewalt weit verbreitet. Deutschland unterstützt zum einen die Betroffenen selbst, zum anderen aber auch Ministerien und Organisationen, wie z.B. Frauenorganisationen. Dabei werden Themen wie HIV/AIDS - Prävention, Familienplanung und Bevölkerungspolitik, sowie Frauen- und Kinderrechte gefördert. Hauptkriterien in diesem Projekt sind die Schaffung verbesserter Bildungschancen und -angebote für Mädchen, der Aufbau von jugendgerechten Gesundheitsdienstleistungen, mehr Angebot bei der Familienplanung, Schutz vor sexueller Gewalt, sowie vor Zwangs- und Kinderheirat und weiblicher Genitalverstümmelung. Bisher erreichte Erfolge sind die Verdreifachung der Nutzung moderner Methoden der Familienplanung im Zeitraum von 10 Jahren. Die Fälle von weiblicher Genitalverstümmelung haben von 41% auf 14% abgenommen.

Die deutsche Entwicklungspolitik unterstützt zur Erreichung des 6. Millenniumsziels (Bekämpfung von Infektionskrankheiten) auf der globalen Ebene insbesondere den Globalen Fonds (GFATM), in dessen Verwaltungsrat sie aktiv ist. Bilateral unterstützt die Deutsche EZ länderspezifisch ausgerichtete

Programme in mehr als 40 Ländern, insbesondere zur HIV- und Tuberkulose-Bekämpfung. Seit 2007 ist der Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung die politische Leitlinie. Die deutsche bilaterale EP konzentriert sich auf die Prävention von HIV - Infektionen und der Beschaffung von Medikamenten über den deutschen Beitrag am GFATM.

Deutschland beteiligt sich außerdem seit Jahren im Rahmen der europäischen Kommission, der Weltbank oder regionalen Entwicklungsbanken an der HIV-Bekämpfung. Die deutsche EZ engagiert sich bei der Bekämpfung von Tuberkulose im Rahmen der „Stop TB“ Partnerschaft. Die deutschen Durchführungsorganisationen sind auf nationaler und internationaler Ebene in Gremien und Koordinationsmechanismen eingebunden.

Ein Beispiel für das deutsche Engagement zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten zeigt sich in Malawi, wo der Bedarf an qualifiziertem medizinischem Personal stetig steigt und kaum durch den lokalen Arbeitsmarkt gedeckt werden kann.

Zusätzlich wird die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems durch die fehlende oder unzureichende Ausbildung geschwächt. In Malawi sind z.B. für 12 Millionen Einwohnerinnen nur 13 Gynäkologen tätig. Durch die finanzielle und personelle Unterstützung des BMZ werden deutsche Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt integriert, um ihr in Deutschland erworbenes Know-how weiterzugeben. Im Rahmen des Engagements arbeiten aktuell 13 deutsche Experten an der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal und der Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme in Malawi. Hierdurch konnte z.B. die Zahl der mit HIV-infizierten Neugeborenen bereits reduziert werden. [BMZ, 2010]

5.2 Akteure

- Deutsche Welthungerhilfe
- Terre de Hommes
- Deutsches Rotes Kreuz
- Brot für die Welt
- Kindernothilfe

6. Zukunft der Entwicklungszusammenarbeit im 21. Jahrhundert

Der internationalen EZ wird in Zukunft eine neue Bedeutung zugemessen, so wird die EZ als ein Instrument im Kampf gegen den Terrorismus eingesetzt, um Armut als eine der Ursachen von Terrorismus zu bekämpfen. Es zeigt sich, dass ökonomisches Wohlergehen und politische Stabilität nicht nur zusammenhängen, sondern langfristig gesehen dem Terrorismus den Nährboden entziehen. EZ ist zwar keine Friedensgarantie, erscheint jedoch geeignet zur Risikominderung und zur Konfliktentschärfung beizutragen.

Eines der Schlüsselprobleme der EL ist das starke Wachstum ihrer Bevölkerung. Durch den medizinischen Fortschritt, insbesondere bei der Seuchenbekämpfung ist ein Rückgang der Sterberaten zu verzeichnen. Im Vergleich zu den IL ist die Geburtenrate aber nicht abgesunken. Daher wächst die Weltbevölkerung derzeit jährlich um 1,6 Prozent und es wird erwartet, dass sie bis zum Jahre 2050 auf knapp neun Milliarden steigen wird. Der Bevölkerungszuwachs konzentriert sich in Zukunft auf die EL. Mit einer Verdoppelung von 0,9 auf 1,8 Milliarden Menschen, ist z.B. in Afrika zu rechnen. Der Anteil der EL an der Weltbevölkerung von etwa fünf Sechstel im Jahr 2003 wird bis auf etwa sieben Achtel im Jahr 2050 weiter ansteigen. Der weltweite Bevölkerungszuwachs beinhaltet Chancen und Risiken. Eine Chance ist das größer werdende Potenzial an menschlicher Kreativität. Jedoch stehen die mit einer großen Kinderzahl verbundenen Belastungen wie z.B. Nahrungssicherung, ausreichende Schaffung von Kapazitäten für Wohnungen und Schulen und die Gefahr einer Überlastung der natürlichen Ressourcen. Die meisten EL versuchen daher das Bevölkerungswachstum zu verringern. Es zeigt sich, dass es für die Verringerung der Geburtenzahl auf eine Veränderung der Rahmenbedingungen ankommt. Faktoren hierfür sind eine Erhöhung der Lebensqualität, ein höheres Bildungsniveau, eine Verbesserung der Situation von Frauen, eine verringerte Kindersterblichkeit sowie eine Altersversorgung die nicht mehr allein auf eine große Kinderzahl gestützt ist. Nicht nur das explosive Bevölkerungswachstum, sondern auch die steigende ungleiche Verteilung zwischen Stadt und Land ist eine zukünftige Herausforderung der EL.

Insbesondere jüngere Menschen zieht es in die Städte. Dadurch resultiert eine Überforderung der Stadtverwaltungen, die nicht mehr in der Lage sind die nötigen Infrastrukturleistungen bereitzustellen. Die Folgen dessen sind die Entstehung von Slums, steigende Kriminalität und ökologische Belastungen. Die urbanen Ballungsräume bleiben jedoch weiterhin attraktiv, da sie die besseren Einkommens- und Arbeitsmöglichkeiten sowie eine vorteilhaftere Versorgung der öffentlichen Leistungen bieten. [BPB, 2005]

Nach Aussage von Dirk Messner müssen „Bildung, Innovation, Technologie-, und Wissenspartnerschaften in der Entwicklungspolitik einen höheren Stellenwert bekommen, wenn es gelingen soll, die Existenzgrundlagen menschlicher Zivilisation (Wasser, Ernährung, Energie) zu sichern. Investitionen in die Stärkung von Demokratie müssen weiter ausgebaut werden, damit Entwicklungsfortschritte bei den Menschen ankommen“. [Messner, 2008]

Wichtige Voraussetzungen für die EZ der Zukunft wird die Einbindung der sogenannten „Ankerländer“ wie China, Indien, Brasilien, Thailand, Malaysia und Südafrika in die globale Entwicklungspartnerschaft sein. Insbesondere die USA und China werden die zentralen Akteure der globalen Entwicklung im 21. Jahrhundert sein. [Sangmeister, 2010: 146]

Um den Nutzen der häufig kritisierten EZ aufzuzeigen, müssen die Wirksamkeiten überprüft und weiter ausgebaut werden. In EL mit schlechter Regierungsführung ist EZ kaum möglich, jedoch kann wichtige humanitäre Hilfe geleistet werden. Weitere Investitionen in der EZ sind dringend nötig, um die katastrophale Situation von über einer Milliarde absolut armer Menschen zu verbessern. Die Internationale EZ steht vor der Aufgabe sich immer wieder neu zu erfinden, um auf die veränderten Herausforderungen und die Globalen Probleme des 21. Jhdts wie z.B. Klimaveränderung, Umweltverschmutzung, Wasserknappheit, schwindende Energieressourcen und armutsbedingte Migrationsströme vorbereitet zu sein und steht daher in der Pflicht, Beiträge zur Lösung zu entwickeln. Die EZ muss immer wieder institutionell reformiert sowie konzeptionell neu strukturiert werden, um sich an die veränderten weltpolitischen Konstellationen und weltwirtschaftlichen Strukturen zeitgemäß anzupassen. [Sangmeister, 2010: 143]

Nur noch wenige Jahre verbleiben für die Verwirklichung der Millenniumsentwicklungsziele, bis zum Erreichen der Zielmarke im Jahr 2015. Die bislang erzielten Fortschritte sind in den einzelnen EL höchst unterschiedlich. Wenn man sich die Zwischenbilanz für MDG 1 – Beseitigung der extremen Armut und Hunger betrachtet, werden zehn von 12 Ländern dieses Ziel bis 2015 nicht erreichen. Auch wenn die Zielerreichung der MDGs bis zum Jahre 2015 in vielen EL utopisch ist, sind dennoch wichtige Verbesserungen erzielt worden. Viele EL haben ihre nationalen Strategien zur Bekämpfung der Armut an den MDGs der UN ausgerichtet, was eine Verbesserung der Aktivitäten hinsichtlich der Abstimmung mit den Geberländern zur Folge hat. [Sangmeister, 2010: 35]

Es gibt eine Reihe von guten Argumenten für die Fortführung internationaler EZ. Nachhaltige und wirkungsorientierte EZ kann zwar nicht alle Probleme der EL lösen, sie kann aber einen großen Beitrag zur Bewältigung der Herausforderungen der Weltgesellschaft im 21. Jhd. leisten. Ohne zusätzliche finanzielle Mittel wird es nicht möglich sein, die Millenniumsentwicklungsziele rechtzeitig und in vollem Umfang zu erreichen. Durch die globale Finanz- und Wirtschaftskrise der Jahre 2008 und 2009 wurde die Finanzierungslücke im Bereich der EZ noch weiter erhöht. [Sangmeister, 2010: 153]

Ein Patentrezept zur Überwindung der Armut und zu Wohlstand für alle gibt es nicht, daher müssen die Gesellschaften der EL in ihrem entwicklungspolitischen Lernprozess auf sich selbst vertrauen, jedoch auch Unterstützung bei Problemlösungs- und Veränderungsstrategien annehmen. Zu den größten Herausforderungen der EZ im 21. Jhd. gehört die Aufgabe, einen Beitrag für eine nachhaltige und zukunftsfähige Entwicklung überall auf der Welt zu leisten. Ethische, humanitäre aber auch politische und ökonomische Gründe sprechen dafür, die Internationale EZ weiterhin als sinnvoll und notwendig zu bewerten. Letztendlich muss sich die EP daran messen lassen, ob sie dazu beiträgt Menschen zu entwickeln und nicht nur Dinge. Das Ziel der EZ in der Zukunft muss sein, das körperliche, soziale und mentale Wohlbefinden in einer dauerhaft lebenswerten Umwelt zu ermöglichen, als Voraussetzung für die Partizipationsfähigkeit und Selbstverantwortlichkeit des Menschen. [Sangmeister, 2010:177,180]

7. Zukunft der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor

Die Aufgaben der Zukunft für die EZ im Gesundheitssektor sind vielfältig. Eine der zentralen Aufgaben wird es sein, die in der Millenniumserklärung deklarierte Reduktion der Mütter- und Kindersterblichkeit weiter voranzutreiben, sowie die Verbreitung von Infektionskrankheiten langfristig zu reduzieren und geeignete Impfstoffe und Behandlungsmethoden zu entwickeln. Weitere Ziele werden die Erhöhung der Lebenserwartung und die Verringerung der Geburtenraten sein.

Der zur Verwirklichung der Millenniumsentwicklungsziele eingerichtete Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM), sowie private Akteure wie die Bill und Melinda Gates - Stiftung haben sich zu einer Partnerschaft zusammengeschlossen und stellen insgesamt Summen über zehn Milliarden US-Dollar zur Verfügung. Damit wird die Hälfte der internationalen Mittel zur Bekämpfung von Malaria und Tuberkulose und ein Viertel bei der Bekämpfung von HIV/AIDS finanziert. Die Gesundheitssysteme der EL können die große Aufgabe, die Infektionskrankheiten zu bekämpfen, nicht allein bewältigen. Dazu werden viele finanzielle Mittel benötigt und daher ist es eine einmalige Gelegenheit in der internationalen EZ, denn niemals zuvor stand so viel Geld zur Verfügung. Doch nicht automatisch werden mit so einer großen Finanzierung alle Probleme gelöst, gerade deshalb entstehen sogar neue Probleme. Wenn z.B. medizinisch gut ausgebildetes Personal aus existierenden Gesundheitseinrichtungen abwandert, um in neu geschaffenen Gesundheitszentren zu arbeiten die vom Globalen Fond oder anderen Geldgebern unterstützt wird und sie daher die Möglichkeit haben mehr Geld zu verdienen. Man kann also durch unkoordinierte Maßnahmen das ohnehin schwache Gesundheitssystem der EL weiter schwächen.

Es wird wichtig sein, dass alle staatlichen und privaten Akteure zusammenarbeiten und sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie die gleichen Qualitätsstandards anwenden. Außerdem müssen die Angebote in das allgemeine Gesundheitssystem integriert werden und die krankheitsspezifischen Aufgaben wie z.B. die Behandlung von Tuberkulose, wenn möglich nur von Fachleuten

ausgeführt werden. Auch bedarf es einer ausreichenden Infrastruktur um allen Menschen die Möglichkeit zu geben, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen.

Da das HIV - Virus vorwiegend durch ungeschützte Sexualkontakte und infizierte Drogenspritzen verbreitet wird, trifft das Virus vorrangig die jüngere Bevölkerung in den EL. Der in Subsahara - Afrika zu beobachtende Ausfall der besonders jungen und aktiven Jahrgänge führt zu katastrophalen sozialen, ökonomischen und politischen Folgen und hat die durchschnittliche Lebenserwartung in einigen Afrikanischen Staaten deutlich herabgesetzt. [Vacker, 2009]

HIV/AIDS entspricht heutzutage der Pest im Mittelalter, keine Epidemie dezimiert so viele Menschenleben und das Bevölkerungswachstum wird so stark gebremst wie durch AIDS, keine Infektionskrankheit tötet weltweit mehr Menschen. Impfstoffe gegen Malaria und HIV/AIDS, die Benutzung von Kondomen und die Einhaltung eines Minimums an sexualmoralischen Normen sind wichtige Voraussetzungen für eine Reduzierung der Neuinfektionen. Eine Stärkung von Gesundheitssystemen, eine Orientierung an Armen und Benachteiligten, ein erleichterter Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine individuelle soziale Absicherung stellen einen wesentlichen Ansatz zur Überwindung von Armut dar. [Leisinger, 1999: 43 - 46]

Das Beispiel der Infektionskrankheiten veranschaulicht die schlechte und unzureichende medizinische Versorgung in den EL. Eines der entwicklungspolitischen Hauptaufgaben der Zukunft muss es sein, die Gesundheitssysteme der EL zu unterstützen, damit diese mit der Bedrohung durch Infektionskrankheiten verantwortungsvoll umgehen können.

Hinsichtlich der MDGs ist es besonders schlecht um das Ziel, die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren zwischen 1990 und 2015 um zwei Drittel zu senken (MDG 4) bestellt. 109 von 142 EL werden das Ziel kaum oder überhaupt nicht erreichen. Für kein einziges Land von 46 Ländern in Subsahara – Afrika zeichnet sich wenige Jahre vor Erreichung der Zielmarke die Möglichkeit ab, das Ziel zu erreichen. [Sangmeister, 2010: 36]

Um die Müttersterblichkeit zukünftig zu senken ist sicherzustellen, dass die Frauen einen Zugang zu medizinischen Dienstleistungen und Einrichtungen der Familienplanung haben. Die WHO empfiehlt mindestens vier Untersuchungen vor der Geburt. Die meisten Todesfälle während der Schwangerschaft und der Geburt sind vermeidbar. Nur 62% der Frauen in den EL werden von ausgebildetem Personal während der Geburt unterstützt. Das bedeutet dass jährlich 45 Millionen Geburten ohne Hebamme oder vergleichbaren Geburtshelfer durchgeführt werden. [WHO, 2008]

Die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit kann nicht alleine von den Gesundheitssystemen der EL bewältigt werden. Trinkwasserversorgung, Ernährungssicherung, Wohnverhältnisse, Gewaltprävention und sanitäre Systeme sind Arbeitsfelder in der Gesundheitsförderung und benötigen die Lösungsansätze unterschiedlicher Akteure der EZ. An der Verbesserung der Gesundheitsbedingungen und der Gestaltung von Gesundheitsdiensten müssen alle Menschen in den EL beteiligt werden. Es müssen genügend Mittel für den Aufbau und Erhalt der Gesundheitsdienste zur Verfügung stehen und nicht nur in medizinischen Zentren in den Hauptstädten. Jeder muss die Möglichkeit haben im Bedarfsfall behandelt zu werden, unabhängig der finanziellen Mittel. [BMVD, 2009]

8. Gesundheitspädagogik

Die Bedeutung der Gesundheitspädagogik braucht man nicht eigens zu begründen, denn einerseits wird Gesundheit von der überwiegenden Mehrheit der Menschen als höchstes Gut bezeichnet, andererseits geht die Notwendigkeit der Gesundheitspädagogik aus der Tatsache der Erziehungsbedürftigkeit des Menschen hervor.

Schon in der griechischen Antike wurde ein gesundheitspädagogischer präventiver Ansatz gefunden und in folgendem Gedanken zusammengefasst:

„Wenn ein Kranker durch seine Lebensweise zur Wiedergesundung beitragen kann, so musste es möglich sein, Erkrankungen zu verhindern, wenn das Leben von vorne herein unter dem leitenden Gesichtspunkt der „Gesundheit“ gestaltet wurde.“ [Henner, 1998]

Die Gesundheitspädagogik ist eine Teildisziplin der Gesundheitswissenschaften. Im Bereich der Gesundheitspädagogik sind die vier Aufgabenfelder Gesundheitsbildung, Gesundheitsaufklärung, Gesundheitskommunikation und Gesundheitsberatung zusammengefasst. Der Begriff der Gesundheitsbildung löste die eher veraltete traditionelle Bezeichnung der Gesundheitserziehung ab und differenziert sich insbesondere dadurch, dass auf den eher autoritäreren Charakter mit Belehrungen verzichtet wird. [Rolfmeier, 2011]

Als Bereiche der Gesundheitsbildung für den Menschen werden die Bereiche Ernährung, Bewegung, Entspannung, Selbsterfahrung und Verhalten, Gesellschaft und Umwelt, Erkrankung, Heilung sowie Leben mit Krankheiten genannt. [Hörmann, 2009]

Die Gesundheitspädagogik hat zum Ziel, im Sinne der Gesundheitsförderung den Einzelnen in seinen individuellen Verhaltensspielräumen zu unterstützen, um seine Gesundheit zu erhalten und zu stärken sowie langfristig weiterzuentwickeln. Ein weiteres Ziel ist es den Menschen zu unterstützen, seinen persönlichen Wunsch nach gesundheitlichem Wohlergehen zu verwirklichen und ihn dabei zu motivieren, aktiv und verantwortungsvoll mit seiner Gesundheit umzugehen. Die Gesundheitspädagogik hat viele Interventionsmöglichkeiten, sie kann den

Menschen Anreize zur Selbstwahrnehmung geben, Gelegenheiten zum gesundheitlichen Wissenserwerb bieten, das Erlangen von Handlungskompetenzen unterstützen sowie die Menschen auf ihren jeweils individuellen Wegen begleitend und beratend zur Seite stehen. [Hein, 2011]

Der Gesundheitspädagogik wird eine wichtige Rolle in der von der WHO deklarierten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, in dem Handlungsfeld „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ zugewiesen. Sie versteht sich als ganzheitlicher Ansatz, der die vorhandenen Möglichkeiten eines Menschen fördern und weiter entwickeln möchte. Die Gesundheitspädagogik versucht den Menschen Informationen zu vermitteln, wie sie Erkrankungen und Funktionsstörungen durch die Einhaltung sanitärer und hygienischer Grundlagen vermeiden könnten, wie z.B. bei Kampagnen zur Zahngesundheit. Gesundheitspädagogik bedeutet das trainieren von Körper und Geist für eine optimale Anwendung biomedizinisch begründeter Erkenntnisse und Verfahren mit der Hilfe von kognitiven und emotionalen Methoden, wie z.B. Abschreckungen oder Angstappelle. [Hörmann, 2009]

Bildung ist eine entscheidende Voraussetzung für die Teilhabe am sozialen, kulturellen und politischen Leben. Bildung erleichtert die Bewältigung von zunehmenden gesellschaftlichen Anforderungen, sie ist eine wichtige Ressource für eine gesunde Lebensweise die durch eine frühe Prägung gesundheitlicher Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen entwickelt wird. Ein niedriger Bildungsabschluss erhöht das Risiko von Arbeitslosigkeit, sozialer Benachteiligung und Armut. Bereits betroffene Kinder aus der unteren Gesellschaftsschicht, haben häufiger einen schlechteren Gesundheitszustand, ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten, schlechtere Startchancen in der Schule, sowie häufiger keinen Bildungsabschluss. [RKI, 2005]

Ohne Zweifel gehört Bildung in der heutigen Gesellschaft zu den wichtigsten Determinanten von Morbidität und Mortalität. Zahlreiche Studien zeigen, dass Menschen mit einem niedrigeren Bildungsstatus schlechter über ihren eigenen Gesundheitszustand urteilen, häufiger unter Krankheiten und

Gesundheitsbeschwerden leiden und im Vergleich zu besser gebildeten Menschen früher sterben. [Kuntz, 2010: 13]

Neben den drei wichtigsten Merkmalen Einkommen, Bildung und Beruf zur Charakterisierung der sozialen Stellung einer Person, kommt dem Bildungsstatus bei gesundheitsbezogenen Untersuchungen ein besonderes Gewicht zu. Personen mit einem hohen Bildungsabschluss haben eine durchschnittlich höhere Lebenserwartung, verbringen einen größeren Teil ihres Lebens in Gesundheit, leiden bis auf wenige Ausnahmen seltener unter chronischen Erkrankungen und schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand subjektiv besser ein. Weiterhin zeigen sie sich kompetenter im Umgang mit den Strukturen des Gesundheitssystems und in der Verarbeitung gesundheitsrelevanter Informationen.

„Wir lernen nicht für die Schule, sondern für ein langes Leben in Gesundheit“, diese Aussagen können getroffen werden, da Investitionen in die Bildung sich für Menschen in der denkbar härtesten Währung, der Lebenszeit auszahlen.

In Deutschland existieren insgesamt nur wenige Studien in Bezug auf einen Zusammenhang zwischen Bildung und Lebenserwartung. Neben einer für die Forschung nur unzureichend nutzbaren Statistik, mangelt es an adäquaten Längsschnittstudien. Es konnte jedoch mit Daten des sozioökonomischen Panels (SOEP) gezeigt werden, dass die Lebenserwartung von Männern mit Abitur drei Jahre höher ist, als die von Männern ohne Abitur. Frauen mit Abitur leben im Durchschnitt sogar vier Jahre länger. Es kann also Schlussfolgernd gesagt werden: „Je höher das Bildungsniveau einer Person ist, desto länger dauert ihr Leben an“ [Kuntz, 2010: 26-28]

Männer und Frauen aus der unteren Bildungsschicht leiden häufiger an Diabetes und Rheuma und erleiden früher einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall. Einzig und allein bei Allergien, wie z.B. Heuschnupfen, sind Personen aus den höheren Bildungsschichten häufiger betroffen. [Kuntz, 2010: 29]

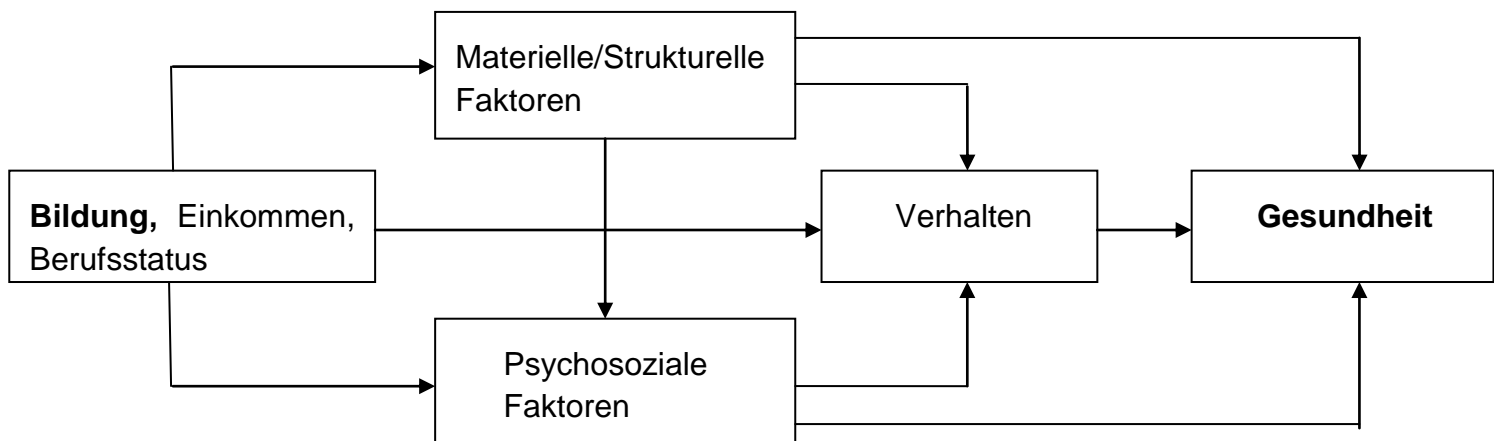


Abbildung 3: Gesundheitliche Ungleichheit [Mackenbach, 2006: 36]

Das Model „Gesundheitliche Ungleichheit“ zeigt, dass die einzelnen Komponenten des sozioökonomischen Status, keinen direkten Einfluss auf die Gesundheit ausüben. Es zeigt sich vielmehr, dass diese auf indirektem Weg über materielle, strukturelle und psychosoziale Faktoren sowie durch Gesundheitsverhaltensweisen vermittelt werden. [Kuntz, 2010: 31]

Es bestehen gesellschaftschichtspezifische Unterschiede hinsichtlich des individuellen Gesundheitsverhaltens und in Bezug auf die Risikofaktoren Bewegungsarmut, Übergewicht und Rauchen. Häufig entwickeln sich diese Differenzen bereits im Kindes- und Jugendalter und lassen sich z.B. anhand von sozialen Ungleichheiten im Ernährungs- und Bewegungsverhalten festmachen. Bildung ist in diesem Kontext deshalb von großer Bedeutung, weil über die Bildung gesundheitsbezogene Einstellungen, Gewohnheiten und Werthaltungen vermittelt werden, die bei der zukünftigen Ausprägung und Stabilisierung von gesundheitsrelevanten Verhaltensmustern eine wichtige Rolle spielen.

9. Gesundheitspädagogik in der EZ

Bildung ist ein Menschenrecht. Auf der Grundlage von Bildung entwickelt sich die kulturelle Identität der Gesellschaft und jedes Einzelnen. Bildung macht zwar weder reich noch satt und kann auch keine soziale Gerechtigkeit schaffen, sie ist jedoch die entscheidende Voraussetzung für eine nachhaltige menschliche Entwicklung und für ein friedliches Zusammenleben auf der Welt. Das Bildungsrecht jedes Menschen steht schon in Artikel 26 der Menschenrechtskonvention der Vereinten Nationen geschrieben. "Jeder hat das Recht auf Bildung. Die Bildung ist unentgeltlich, zumindest der Grundschulunterricht und die grundlegende Bildung. Der Grundschulunterricht ist obligatorisch. Fach- und Berufsschulunterricht müssen allgemein verfügbar gemacht werden, und der Hochschulunterricht muss allen gleichermaßen entsprechend ihren Fähigkeiten offen stehen" [UN, 1948]

Der Grundbildung, insbesondere in den EL, kommt eine wichtige Rolle zu. Sie hat die Aufgabe zum Lernen anzuleiten und zum Weiterlernen zu befähigen. Neben Lesen, Schreiben und Rechnen müssen Menschen auch Alltagsfähigkeiten erlernen. Dazu gehört z.B. die Fähigkeit zur Selbsthilfe. Grundbildung erhöht das Selbstbewusstsein und die Eigenständigkeit des Menschen. Wissen in diesem Kontext, ist eine Voraussetzung für selbstbestimmtes Handeln und Partizipation. Bildung ist zusätzlich noch Voraussetzung für eine funktionierende Demokratie, denn Menschen die lesen und schreiben können, nehmen wesentlich schneller und wirkungsvoller an politischen und sozialen Prozessen teil. Zudem sind sie fähig, ihre persönlichen Rechte einzufordern. Weitere Faktoren die durch Bildung und speziell durch die Gesundheitspädagogik positiv beeinflusst werden, sind die reproduktive Gesundheit und die Ernährungsgewohnheiten der Menschen. Bildung trägt zur Verbesserung der Gesundheitssituation und zur Verringerung der Geburtenraten bei. Dieses zeigt sich bei Müttern mit höherem Bildungsstand oder durch den Bildungszuwachs infolge von gesundheitspädagogischen Aufklärungskampagnen in Bezug auf die Familienplanung. Diese Mütter entscheiden sich häufiger später Kinder zu bekommen, größere Abstände zwischen den Geburten zu planen und medizinische Versorgung in Anspruch zu

nehmen. In den EL z.B. reduziert jedes zusätzliche Jahr an Schulbildung die Sterblichkeitsrate von Säuglingen um fünf bis zehn Prozent. Bei Kindern deren Mütter zur Schule gegangen sind, zeigt sich eine wesentlich bessere Möglichkeit auch selbst eingeschult zu werden.

Die Förderung der Bildung ist ein Schwerpunkt in der deutschen EZ. Die Grundbildung spielt eine Schlüsselrolle bei der Zusammenarbeit mit den bilateralen Partnerländern. Zusätzlich wird auch die außerschulische Jugend- und Erwachsenenbildung mit dem Ziel der Alphabetisierung gefördert.

Gesundheitspädagogische Ansätze finden sich im Bereich der allgemeinen Gesundheitsprävention und -förderung, wie z.B. bei der Aufklärung von Infektionskrankheiten, der Beratung über die persönliche Familienplanung und der Hilfe bei der Einhaltung von allgemeinhygienischen Grundlagen. Die Förderung der Bildung in den EL ist auch ein wichtiger Schritt im Kampf gegen die strukturellen Ursachen von Armut und der sozialer Ausgrenzung. Ein entwicklungspolitisches Engagement in den Bereichen der Grund-, Sekundär-, Berufs- und Hochschulbildung sowie in der Gleichberechtigung der Geschlechter, ist für den Bildungsbereich und damit auch für den gesundheitspädagogischen Sektor von überragender Bedeutung. [BMZ, 2010¹]

Die Bedeutung der Gesundheitspädagogik in der EZ zeigt sich durch die mangelnde Bildungsinfrastruktur insbesondere, in den EL Subsahara - Afrikas. Durch die Gesundheitsaufklärung in den EL erhalten Menschen die gesundheitliche Grundbildung, die sie in der Schule nie erlernen konnten und die für ihr Leben von essentieller Bedeutung ist.

In dem historischen Wandel von Agrargesellschaft zu Industriegesellschaft, bis hin zu der heutigen wissensbasierten Dienstleistungsgesellschaft der in einer globalisierten Welt alle Teile erfasst, ist Bildung eine entscheidende Voraussetzung für die Zukunftsfähigkeit eines Landes. Die EZ darf sich nicht nur darauf beschränken, den armen Partnerländern bei der Verwirklichung der allgemeinen Schulbildung im Sinne des MDG 2 (Grundbildung für alle Kinder) zu helfen. Es wird zukünftig wichtig sein, den Aufbau einer Entwicklungspartnerschaft (MDG 8) zu fördern, damit die Bildungssysteme der EL an die Erfordernisse der globalisierten Welt angepasst werden. Bildung ist der Schlüssel, der die Chancen

jedes Einzelnen bestimmt, die Qualität des Lebens erhöht und Einfluss auf Familien und die Gesellschaft hat. Gerade in Gesellschaften, in denen ein starkes soziales Gefälle herrscht wie z.B. in Lateinamerika und der Karibik, spielt Bildung bei der individuellen Chancenverteilung eine entscheidende Rolle. Um den Teufelskreis aus Armut zu umgehen, muss man die Bildung von Mädchen im Fokus behalten. Wenn Mädchen eine abgeschlossene Schulbildung haben, wird dieses von Generation zu Generation weitergegeben und hat Multiplikatoreffekte in Bezug auf andere Faktoren auf der Mikroebene (Abb.4). Denn besser gebildete Frauen heiraten später und bekommen auch später Kinder, so dass mit einem höheren Bildungsgrad auch zu frühe Schwangerschaften und Müttersterblichkeitsraten sinken. Zudem lässt sich auch eine sinkende Kindersterblichkeitsrate bei einem höheren Bildungsstand der Mutter beobachten. Die Folgen eines nicht gut strukturierteren und ineffizienten Bildungssystems sind verheerend. Es entstehen weitreichende Konsequenzen, die von der Mikro- auch auf die Makroebene übergehen können. Bildung hat unmittelbare Auswirkungen auf die wirtschaftliche Entwicklung eines Landes, was gerade für die EL entscheidend sein kann.

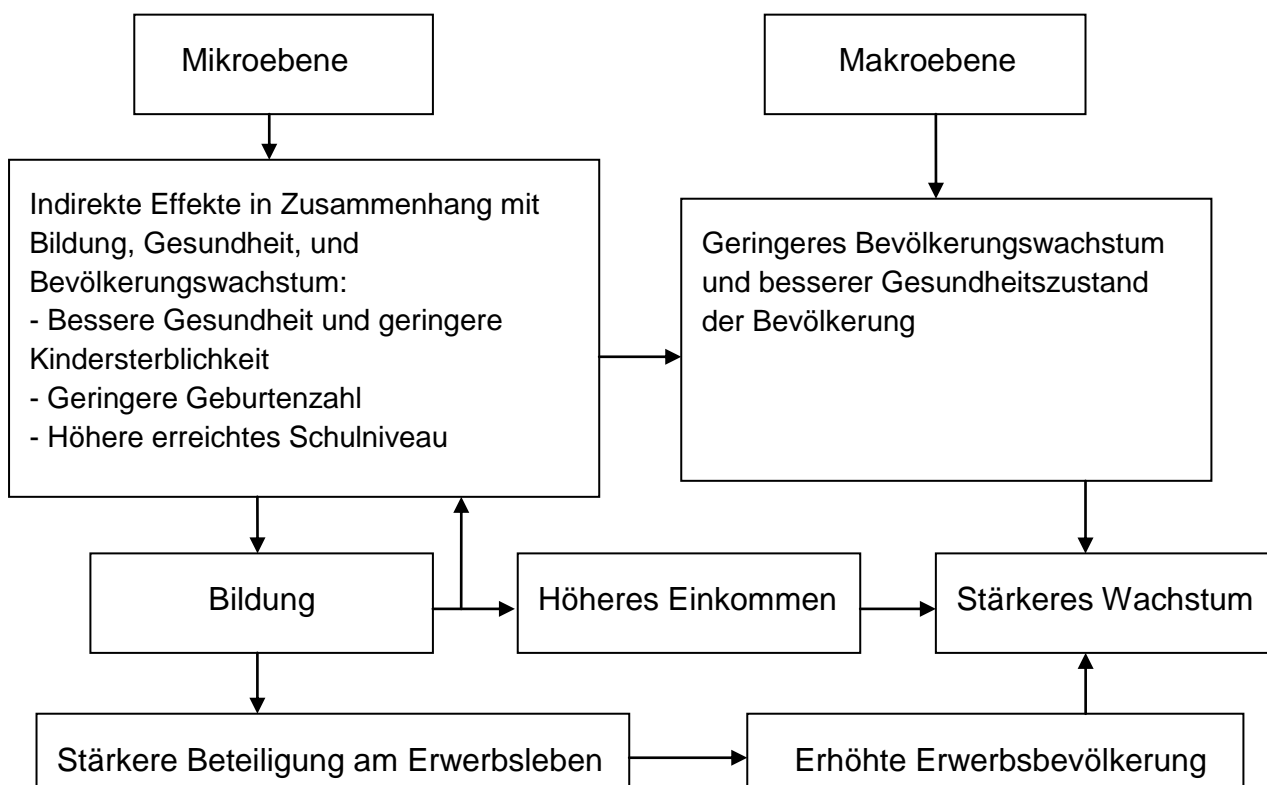


Abbildung 4: Mikro- und makroökonomische Auswirkungen von Bildung [Michaelowa, 2001]

Der Bildungspolitik kommt im 21. Jhdt. eine entwicklungsstrategisch überragende Rolle zu. Denn die Entwicklung von selbstbestimmtem Handeln ist nur möglich durch den Erwerb von Wissen. Der Bildungssektor in den EL wird jedoch bei der Verteilung der Staatsausgaben häufig vernachlässigt. Die mangelnden öffentlichen Ausgaben führen dazu, dass die Grundausbildung der Kinder oft nur in privaten und zumeist schulgeldpflichtigen Bildungseinrichtungen erworben werden kann, zu denen die arme Bevölkerung keinen Zugang hat. Häufig müssen Kinder in EL durch ihre Arbeit die Familie finanziell unterstützen. Hinzu kommt vor allem in ländlichen Gebieten eine mangelnde Infrastruktur, so dass eine Schule nur schwer zu erreichen ist. Auch die Qualität der staatlichen Schulen ist häufig mangelhaft, die Ausbildung des Lehrpersonals ist nur unzureichend und die zu hohen Klassengrößen machen ein effektives Lernen unmöglich. [Sangmeister, 2010: 158 – 163]

Angesichts des starken Zusammenhangs zwischen Bildung und Gesundheitszustand, erscheinen zum einen verhaltenspräventive und zum anderen verhältnispräventive Maßnahmen sinnvoll. Im Hinblick auf Übergewicht und Tabakkonsum gibt es deutliche Unterschiede in den einzelnen EL. Während viele Menschen in Subsahara - Afrika unter Mangelernährung und Untergewicht leiden, sind z.B. Menschen in den EL Lateinamerikas häufiger übergewichtig bzw. adipös. In den EL Südostasiens, wie z.B. in Indonesien, ist eine hohe Anzahl an Rauchern zu verzeichnen. Es wird wichtig sein im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung der EL, Gesundheitsförderungsprogramme im Bereich der Gesundheitsaufklärung- und Beratung speziell auf die Risikogruppen in der Bevölkerung auszurichten.

Da die Vermittlung von Kenntnissen bei gefährdeten Bevölkerungsgruppen, häufig nicht zu einem veränderten Verhalten führt, zeichnen sich Programme der Gesundheitspädagogik durch den pädagogisch fundierten Ansatz aus. Es wird versucht die Menschen durch vermitteltes Wissen zur Verhaltens- und Einstellungsänderung zu motivieren und anschließend in konkreten Trainingsprogrammen, wie z.B. bei der HIV – Prävention, das veränderte Verhalten zu erproben und zu stabilisieren. [Hörmann, 2009]

10. Gesundheitspädagogik in der Praxis

Mit der ersten Schulverordnung im 16. Jhdt. findet das Thema Gesundheit zum aller ersten Mal Eingang in die Pädagogik. Da die Kinder in den europäischen Schulen auf engstem Raum zusammenlebten, mussten hygienische Gesundheitsregeln aufgestellt werden.

Die Erziehung des Kindes stellt eine notwendige frühe Voraussetzung für eine lebenslange Entwicklung von gesundheitsgerechtem Verhalten dar. Die Gesundheitserziehung sollte zu einer gemeinsamen Aufgabe von Lehrer/innen und Eltern werden. Beide Parteien sind die entscheidenden Vermittler für gesundheitsbezogene Kenntnisse, Einstellungen und Gewohnheiten der Kinder. Das gesundheitliche Verhalten wird nur dann vom Kind verinnerlicht und zum Automatismus, wenn die Beeinflussung bereits in sehr frühen Jahren beginnt.

Nach der Theorie des Modell - Lernens von Bandura, lernen Kinder indem sie andere beobachten und deren Verhalten durch Nachahmung übernehmen. Ein vorbildliches Gesundheitsverhalten und Gesundheitswissen von Lehrer/innen und Eltern ist deshalb eine der Voraussetzungen für eine erfolgreiche Gesundheitserziehung. Die immer wiederkehrenden Lernvorgänge führen zur Ausbildung von sogenannten „generativen Handlungsregulationssystemen“. Durch die Beobachtung von Eltern oder Lehrer/innen gewinnt das Kind die Vorstellung davon, wie ein bestimmtes Verhalten ausgeführt wird. Bei der späteren Nachahmung dieses Verhaltens, steuert die kodierte Information dann die eigentliche Handlung des Kindes. [Bandura, 1976]

Die Ökologie der menschlichen Entwicklung und des menschlichen Lernens befasst sich nach Bronfenbrenner mit der fortschreitenden gegenseitigen Anpassung zwischen dem aktiven, sich entwickelnden Menschen und den wechselnden Eigenschaften seiner Lebensbereiche. Entwicklung kann daher als ein Prozess gegenseitiger Anpassung, der Einwirkung von Aneignungen und Veränderungen zwischen Mensch und Umwelt verstanden werden.

[Bronfenbrenner, 1981]

Als Beispiel für die Gesundheitspädagogik in der Praxis der EZ, kann das „Fit For School“ Programm hinzugezogen werden, welches im Rahmen der Verbesserung der weltweiten Kindergesundheit gestartet wurde. Dieses Schulgesundheitsprogramm wird in den Schulen und Kindergärten der südostasiatischen Länder Vietnam, Philippinen, Malaysia und Brunei umgesetzt. Es beinhaltet Maßnahmen zum täglichen Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta, dem Händewaschen mit Seife sowie einer halbjährlichen medikamentösen Entwurmung. Das Programm erfasst aktuell etwa eine Million Kinder. Dieses Programm ist das derzeit größte im gesundheitspädagogischen Bereich der Entwicklungsarbeit. Aufgrund des Erfolges wurde dieses Programm landesweit im philippinischen Schulsystem implementiert, weitere EL im südostasiatischen Raum haben sich diese Implementierung auch zum Ziel gesetzt.

Von großer Wichtigkeit ist die Vermittlung von Wissen an die Lehrer/innen in den EL, denn nur diese können langfristig Verbesserungen bei den Kindern erzielen. Es ist wichtig, dass die Lehrer/innen über biologische und medizinische Grundkenntnisse verfügen um z.B. gesundheitliche Beeinträchtigungen der Kinder früh zu erkennen. Auch die sozialen Verhältnisse der Kinder sollten berücksichtigt werden, denn die Gesundheit der Schüler/innen ist abhängig von einem ausgeglichenen Gefühlsleben, günstigen sozialen Verhältnissen sowie von richtiger Ernährung, ausreichender Bewegung und gesundem Schlaf.

Auch ein positives Selbstwertgefühl, also positive Empfindungen, Gefühle und Einstellungen zu sich selbst sind für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes und für das soziale Zusammenleben von Bedeutung. Daher muss das Selbstwertgefühl der Kinder durch positive Zuwendung gefördert werden. Die Bedeutung dieser Förderung ergibt sich aus zahlreichen Untersuchungen die zeigen, dass Kinder mit geringerem Selbstwertgefühl von anderen Kindern häufiger abgelehnt werden und als Folge gefühlsmäßig beeinträchtigter und ängstlicher sind. Lehrer/innen und Eltern können das Selbstwertgefühl der Kinder beeinflussen, indem sie es durch Achtung oder Missachtung fördern oder beeinträchtigen. Angst, fehlende Selbstachtung, Unsicherheit und Selbstmitleid bestimmen die seelische Gesundheit der Kinder.

Selbstvertrauen ist die Folge eines positiven Selbstwertgefühls. Wenn eine Person sich selbst akzeptiert, kann sie ihre Erfahrungen, ihr Handeln und die daraus resultierenden Konsequenzen positiv einschätzen und diese auch selbstkritisch hinterfragen. Das Vertrauen in die persönlichen Fähigkeiten geht dabei nicht verloren, sondern die Person ist dann imstande, dauerhaft und konstruktiv an der Entwicklung ihrer Persönlichkeit zu arbeiten. [Feser, 1983]

Für die Gesundheitspädagogik in der EZ wird es wichtig sein, die emotionale Komponente der Kinder zu berücksichtigen. Gefühle sind ein entscheidender Auslöser für alle Lernprozesse, denn durch die Aktivierung der emotionalen Zentren im Gehirn wird erreicht, dass insgesamt mehr Wissen aufgenommen werden kann. Die Gehirnentwicklung ist in diesem Fall in hohem Maße von der emotionalen, sozialen und intellektuellen Kompetenz der erwachsenen Bezugspersonen abhängig.

Die nach Alter, Geschlecht und Bildungsniveau zu unterscheidende Gewichtung von Wissensvermittlung von Gesundheitswissen, ist zwar eine notwendige aber keine hinreichende Bedingung zur Veränderung von gesundheitsbezogenen Einstellungen und zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen. Es müssen Programme entwickelt werden, die einen übergreifenden Ansatz verfolgen, also eine allgemeine Persönlichkeitsförderung in sozialer, kognitiver und emotionaler Hinsicht. Zusätzlich muss eine Berücksichtigung des Lebenskontextes von Jugendlichen stattfinden, sowie integrative Maßnahmen in Hinblick auf Wissen, Einstellungen und Verhalten mit handlungsorientiertem Schwerpunkt geschaffen werden. [Hörmann, 2009]

Die Theorie des Modell – Lernens nach Bandura spielt eine wichtige Rolle für die Umsetzung von gesundheitspädagogischen Maßnahmen in der Praxis. Den Schüler/innen kann durch Banduras Theorie die richtige Ausführung bei einfachen hygienischen Grundregeln, wie z.B. dem korrekten Händewaschen und Zähneputzen, sowie das richtige Verhalten bei Husten und Niesen gezeigt werden, welches sie dann später durch Nachahmung übernehmen. Auch die Weitergabe von Wissen durch den sogenannten Know – How Transfer, ist eine weitere Möglichkeit im gesundheitspädagogischen Bereich. Hierbei wird häufig

Gesundheitswissen von westlichen Fachkräften an die zuständigen Personen in den EL weitergegeben. Dabei ist es wichtig, dass die westlichen Fachkräfte weder belehrend noch autoritär das nötige Wissen weitergeben, sondern vielmehr partizipativ vermitteln.

Gesundheitspädagogische Maßnahmen in der EZ können z.B. durch Aufklärungsmaßnahmen über das richtige Gesundheits- oder Ernährungsverhalten stattfinden oder durch die Aufklärung über bestimmte Krankheitsbilder oder dem Verhalten mit diesen Krankheiten. Die Wissensvermittlung im gesundheitspädagogischen Bereich sollte sich vor allem an Lehrer/innen und weiteren Personen im Bildungsbereich in den EL richten. Die Weiterbildung der Lehrer/innen über gesundheitsrelevante Themen hat einen nicht zu unterschätzenden Multiplikatoreffekt und kommt speziell den Schüler/innen zugute. Jedoch müssen auch die Eltern für das Thema Gesundheit sensibilisiert werden. Auch die Situation der Lehrkräfte darf nicht vernachlässigt werden. Um nachhaltige gesundheitspädagogische Maßnahmen zu verwirklichen muss gewährleistet werden, dass die Lehrer/innen gut ausgebildet sind, eine ausreichende Infrastruktur besteht und allen Kindern in den EL das Recht auf Bildung gewährleistet wird. Ein weiterer Faktor ist, dass ausreichendes Material im Schulalltag zur Verfügung stehen muss. Es müssen daher Materialien entwickelt werden oder bereits zur Verfügung stehen, dass den Kindern oder Schüler/innen richtiges gesundheitsförderliches Verhalten zeigt und sie dieses anschließend für sich übernehmen können. Dieses sollte im besten Falle durch spielerische Mittel oder über Empathie an die Schüler/innen vermittelt werden.

Um eine nachhaltige Gesundheitspädagogik zu sichern wird es auch von Bedeutung sein, bestimmte Verhaltensweisen visuell im Schulalltag zu integrieren, wie z.B. durch eine Anleitung zum korrekten Händewaschen oder in Form einer Ernährungspyramide, zur Umsetzung von einem gesunden Ernährungsverhalten. Weiterhin wird es wichtig sein die vier Aufgabenfelder der Gesundheitspädagogik Gesundheitsaufklärung, -beratung, -kommunikation und -bildung zu berücksichtigen und diese zielgruppenorientiert einzusetzen.

11. Zukunft der Gesundheitspädagogik in der EZ

In den meisten EL sind die Staatsausgaben für die Grundbildung der Bevölkerung zu gering um den eigentlichen Bedarf zu decken. Zusätzlich schränken die hohen Staatsschulden die Möglichkeiten weiter ein. Es sind weiterhin Investitionen nötig, wenn das Grundbildungssystem mit der wachsenden Bevölkerungszahl mithalten soll. Die ärmsten EL jedoch können das Geld dafür nicht selbst aufbringen. Faktoren dafür sind schlechte Regierungsführung, ineffektiver Mitteleinsatz, Korruption und mangelnde Management- und Organisationsfähigkeiten. Alles zusammen behindert die Bereitstellung eines effizienten Bildungsangebotes.

Vor allem in den ländlichen Gegenden und in den Slums der Großstädte sind die Möglichkeiten des Grundbildungssystems mangelhaft. Kinder in ländlichen Regionen müssen oft sehr weite Schulwege zurücklegen, bei Mädchen kommt hinzu, dass sie weit entfernte Schulen aufgrund der Sicherheitslage nicht besuchen dürfen. In den EL Subsahara – Afrikas z.B. fehlen aktuell ca. 1,7 Millionen Klassenzimmer. Viele Lehrer/innen in den EL haben unter schwierigen Bedingungen zu arbeiten, viele müssen zwei bis drei Schichten am Tag arbeiten, mit geringer Bezahlung und in Klassen mit viel zu hoher Schülerzahl. Viele Lehrkräfte werden zudem noch schlecht ausgebildet und nicht ausreichend auf die Aufgaben in ihrem Beruf vorbereitet. Um das Ziel der weltweiten Grundschulbildung für alle zu erreichen (MDG 2), müssen bis 2015 weltweit 1,9 Millionen neue Lehrerstellen geschaffen werden, zwei Drittel davon in Subsahara - Afrika. Desweiteren müssen 8,4 Millionen Lehrer aus Altersgründen ersetzt werden. Die Ausstattung vieler Schulen ist schlecht, zum einen fehlen Lehrbücher und Unterrichtsmaterialien und zum anderen sind diese ähnlich veraltet wie das Mobiliar. Häufig fehlt auch das Geld für Wasser, Elektrizität oder den Transport der Schulkinder.

In vielen EL Afrikas kommt ein gesundheitliches Problem dazu, denn in einigen Regionen sind so viele Lehrer/innen an HIV/AIDS erkrankt, dass kein Schulbetrieb mehr möglich ist. Durch die Abschaffung von Schulgebühren könnte ein deutlicher Anstieg der Einschulungszahlen erzielt werden. Denn die meisten Menschen in den EL können die Kosten für Schulgebühren, Bücher, Schuluniformen und für

den Transport zur Schule nicht aufbringen. Die Kinder gehen daher häufig nicht in die Schule oder brechen sie vorzeitig ab. Besonders häufig sind Mädchen davon betroffen. Als eine weitere Komponente kommt hinzu, dass zahlreiche Familien die Unterstützung ihrer Kinder benötigen und diese zum Einkommen beitragen müssen. Ein Ziel der Zukunft muss sein, dass neue Schulen gebaut oder renoviert werden. Vor allem Mädchen profitieren von neu gebauten Schulen die sich in der Nähe ihres Elternhauses befinden, da viele von ihnen aus Sicherheitsgründen keine weit entfernten Schulen besuchen dürfen. Darüber hinaus muss die Ausstattung der Schulen durch sanitäre Anlagen, neues Mobiliar, Bücher, Tafeln und andere Lehrmaterialien verbessert werden.

Wichtig wird auch sein, dass insbesondere benachteiligte Bevölkerungsgruppen wie z.B. ethnische Minderheiten, Einwohner aus städtischen oder ländlichen Armutsgebieten, Menschen mit Behinderungen oder HIV - Infektionen die von der Bildungsarmut am meisten betroffen sind, gezielt gefördert werden. Diesen Gruppen muss eine frei zugängliche Grundbildung gewährleistet werden, damit sie Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Leben haben können.

Herkunft und Bildungsstand der Eltern haben einen großen Einfluss auf die Lernerfolge von Kindern, daher ist es umso wichtiger bereits am Start der Schullaufbahn eine Chancengerechtigkeit zu ermöglichen. Um den Anreiz der Eltern zu erhöhen, ihre Kinder in die Schule zu schicken und möglichst auch abzuschließen, werden Serviceleistungen wie z.B. ärztliche Betreuung oder Schulmahlzeiten angeboten. Eine Mahlzeit für die Kinder in der Schule oder die Mitnahme von Essen nach Hause, können für die Motivation der Eltern entscheidend sein um ihre Kinder in die Schule zu schicken.

In Guatemala wurde z.B. im Rahmen der EZ das Bildungskonzept der Regierung gefördert, das eine Beteiligung der Eltern und Gemeinden an der schulischen Bildung vorsieht. Die Eltern sind zusammen mit den Lehrer/innen für den Inhalt des Unterrichts und für die Verwaltung der Schule verantwortlich. Die organisierten Eltern stellen die Lehrkräfte ein und kontrollieren die Anwesenheit und Unterrichtsleistung der Lehrer/innen. Die monatliche Bezahlung wird auch von

der Organisation der Eltern der Schüler/innen übernommen, die Gelder werden vom Staat zur Verfügung gestellt.

Der Schulbesuch muss in Zukunft die Haupttätigkeit von Kindern sein. Es gilt die Verhinderung von Kinderarbeit voran zu bringen, damit sie ihre Gesundheit, Sicherheit und moralische Entwicklung nicht gefährden. Das internationale Programm zur Beseitigung der Kinderarbeit (IPEC) ist mittlerweile in 92 EL aktiv und unterstützt die Regierungen bei der Umsetzung von Strategien zur Bekämpfung der Kinderarbeit. Dazu gehören die rechtlichen Regelungen, Öffentlichkeitsarbeit und Hilfe für die betroffenen Kinder und ihre Familien. Gesetze zum Verbot von Kinderarbeit sind aber nicht das Patentrezept für die Familien, es müssen vielmehr finanzielle Zuschüsse zur Deckung des Lohnverlustes ermöglicht werden, damit diese Kinder die Schule besuchen können. Die Zahlungen müssen von der Teilnahme des Kindes am Schulunterricht abhängig gemacht werden. In Brasilien z.B. werden Familien mit Kindern durch ein landesweites Programm Einkommenshilfen gewährt, wenn jedes der Kinder mindestens 90 Prozent des Unterrichts besucht hat.

In vielen EL werden wegen finanzieller Gründe, schlecht qualifizierte Lehrkräfte eingestellt. In Mosambik z.B. waren im Jahre 2008 rund 41 Prozent der Grundschullehrer/innen ohne Ausbildung. Es muss deshalb die Aus- und Fortbildung von pädagogischem Personal gefördert werden. In der Ausbildung müssen die Lehrkräfte für Geschlechterfragen sensibilisiert werden. Denn die Vorbildfunktion der Lehrerinnen für die Mädchen hat eine überragende Bedeutung als Mittel zur Förderung der Gleichberechtigung und ist allgemein anerkannt. Ein weiterer Teil der internationalen EZ ist die Entwicklung von Lehrplänen, damit der Unterricht besser an die Bedürfnisse der Schüler angepasst wird. Die Förderung von demokratischem Verhalten und einem friedlichen Zusammenleben sowie Umwelt- und Gesundheitspädagogik, HIV/AIDS-Prävention und Berufsvorbereitung sind die wichtigsten Themen in der Entwicklung von Lehrplänen in den EL.

Die Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit ist ein wichtiger Schritt für die Familienplanung der Zukunft und ein wesentlicher Beitrag zu nachhaltiger Entwicklungspolitik. Dazu gehören das Engagement gegen geschlechtsspezifische

Gewalt, gegen die weit verbreitete Genitalverstümmelung von Mädchen und Frauen sowie das Engagement gegen sexuell übertragbare Krankheiten. Sexuelle und reproduktive Gesundheit bedeutet das Recht auf Freiheit von sexuellem Zwang und sexueller Gewalt. Es bedeutet frei entscheiden zu können, ob und wann man Kinder bekommen möchte und wie groß die Familie werden soll. Voraussetzung für sexuelle und reproduktive Gesundheit sind das Wissen und der Zugang zu Informationen über die Möglichkeiten der Familienplanung. Jeder Mensch hat das Recht auf diese Informationen und auf den Zugang zu Verhütungsmitteln, unabhängig von Alter oder Familienstand. Die Methoden müssen sicher, wirksam und bezahlbar sein. Zu dem Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gehört das Recht auf den Zugang zu Gesundheitsdiensten die Frauen und Kindern helfen, Schwangerschaft, Geburt und die erste Lebensphase gesund zu erleben. [BMZ, 2010¹]

Nicht gesundheitsspezifischen Maßnahmen, wie z.B. die Verbesserung des Bildungsniveaus kann von großer Bedeutung für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in den EL sein. Investitionen im Bildungssektor und insbesondere in der Gesundheitspädagogik können dazu beitragen, dass die Kompetenzen im Umgang mit der eigenen Gesundheit erhöht werden. [Hörmann, 2009]

Gelingt es in der Zukunft nicht die bildungspolitischen Herausforderungen der EZ zu meistern, sowie gezielt in die Bildungssysteme der EL zu investieren, so kann befürchtet werden, dass das was an Bildung gespart wird, um ein Mehrfaches im Gesundheitssektor wieder ausgegeben werden muss. [Kuntz, 2010: 54 - 55]

Es zeigt sich daher, dass zunächst viele grundlegende Faktoren stimmen müssen, um gesundheitspädagogische Maßnahmen nachhaltig und langfristig gesehen im Bildungs- und Gesundheitssystem integrieren zu können und erfolgreich umzusetzen.

12. Schlussbetrachtung

Abschließend kann zusammengefasst werden, dass die Zukunft der EZ und insbesondere die internationale EZ im Gesundheitssektor für das 21. Jahrhundert von überragender Bedeutung ist. Ethische, humanitäre, politische und ökonomische Gründe sprechen weiterhin dafür, dass die Internationale EZ als sinnvoll und notwendig bewertet wird. In Zukunft wird es wichtig sein, die nötigen Rahmenbedingungen und Mittel für eine nachhaltige Entwicklung in den EL zu schaffen, wie z.B. den Aufbau und Erhalt einer ausreichenden Infrastruktur mit erreichbaren Gesundheitszentren, in denen Gesundheitsdienstleistungen von allen Menschen unabhängig ihrer finanziellen Lage in Anspruch genommen werden können.

Um diese Ziele auch in die Realität umsetzen zu können, muss das Ziel der EZ in der Zukunft sein, das körperliche, soziale und mentale Wohlbefinden der Menschen in einer dauerhaft lebenswerten Umwelt zu ermöglichen, damit diese ihr Leben und ihre Umwelt selbstverantwortlich und partizipativ gestalten können.

Desweiteren muss der Schulbesuch in Zukunft die Haupttätigkeit von Kindern sein. Es gilt also die Verhinderung von Kinderarbeit weiterhin voran zu bringen, damit sie ihre persönliche Entwicklung nicht gefährden. Um dieses Ziel zu verwirklichen, müssen Grundlagen wie z.B. die Schaffung und der Ersatz von Millionen neuer Lehrerstellen realisiert werden. Außerdem muss der Fokus darauf gerichtet werden, dass die Aus- und Fortbildung von pädagogischem Personal, sowie die Aus- und Fortbildung des vorhandenen Personals im Gesundheitsbereich weiter gefördert und ausgebaut wird. Weiterhin müssen die Lehrkräfte in der Ausbildung für Geschlechterfragen und gesundheitsrelevante Themen sensibilisiert werden.

Literaturverzeichnis

[Bandura, 1976] Bandura, Albert. (1976). Lernen am Modell. Stuttgart: Klett Verlag

[Bliss, 2001] Bliss, Frank. (2001). Zum Beispiel Entwicklungshilfe. Göttingen: Lamuv - Verlag

[BMVD, 2009] Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (2009). Hier und Dort. Einblicke in die Globale Gesundheit. [http://bvmd.de/fileadmin/SCOPH/GandHI/Hier und Dort/Hier und Dort 1.5 2009 1206.pdf](http://bvmd.de/fileadmin/SCOPH/GandHI/Hier_und_Dort/Hier_und_Dort_1.5_2009_1206.pdf) (Zugriff: 26.06.2011)

[BMZ, 1997] Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (1997). Grundlagen der Deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Bonn

[BMZ, 2010] Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2010). Die Millenniums – Entwicklungsziele. Bonn

[BMZ, 2010¹] Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2010). Die Bedeutung von Bildung. http://www.bmz.de/de/was_wir_machen/themen/bildung/hintergrund/bedeutung/index.html (Zugriff: 26.06.2011)

[BMZ, 2011] Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2011). Deutsche Entwicklungspolitik auf einen Blick. Bonn

[BPB, 2005] Bundeszentrale für Politische Bildung (2005). Heft 286 Entwicklung und Entwicklungspolitik. Bonn: BPB

[Bronfenbrenner, 1981] Bronfenbrenner, Urie. (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Klett – Cotta

[Faigle, 2010] Faigle, Philip. (2010). Spart Europa auf Kosten der Armen. Zeit-Online. <http://www.zeit.de/wirtschaft/2010-06/europa-entwicklungshilfe> (Zugriff: 16.05.2011)

[FAO, 2010] FAO (2010). Hungerbericht der Welternährungsorganisation. Rom

[Feser, 1983] Feser, Herbert. (1983). Gesundheitserziehung. Dortmund: Modernes Lernen Verlag

[Hein, 2011] Hein, Astrid. Gesundheitspädagogik (2011). <http://www.hein-gpa.de/24a6bc97e30e7b604/index.html> (Zugriff: 25.06.2011)

[Henner, 1998] Henner, Günther. (1998). Quellen zur Geschichte der Gesundheitspädagogik, Erziehung, Schule, Gesellschaft. Würzburg: Ergon Verlag

[Hörmann, 2009] Hörmann, Georg. (2009). Gesundheitserziehung und Gesundheitspädagogik – Perspektiven eines „alten“ neuen Fachs. In: J. Nicolaus, et.al (Hrsg.): Leben nach Herzenslust. Freiburg: Centaurus Verlag

[Kuntz, 2010] Kuntz, Benjamin. et al. (2010). Bildung und Gesundheit. Frankfurt am Main: Mabuse - Verlag

[Lachmann, 1999] Lachmann, Werner. (1999). Entwicklungspolitik, Band 4. Entwicklungshilfe. München/Wien: Oldenbourg - Verlag

[Lachmann, 2004] Lachmann, Werner. (2004). Entwicklungspolitik, Band 1. Grundlagen, 2.Auflage. München/Wien: Oldenbourg – Verlag

[Leisinger, 1999] Leisinger, Klaus. (1999). Die sechste Milliarde: Weltbevölkerung und nachhaltige Entwicklung. München: Beck – Verlag

[Mackenbach, 2006] Mackenbach, JP. (2006). Health Inequalities: Europe in Profile.http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/v_060302_rd06_en.pdf. (Zugriff: 25.06.2011)

[Messner, 2008] Messner, Dirk. (2008). Entwicklungspolitik der Zukunft: Eine Check-Liste. Deutsche Welle.
<http://www.dwworld.de/dw/article/0,,4612582,00.html>. (Zugriff: 09.06.2011)

[Michaelowa, 2001] Michaelowa, K. (2001). Die Bedeutung von Bildung in Niedrigeinkommensländern: Das Beispiel Afrika, in: Schubert, R. (Hrsg.): Entwicklungsperspektiven von Niedrigeinkommensländern. Berlin

[Niebel, 2011] Niebel, Dirk (2011). Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Deutsche Entwicklungspolitik auf einen Blick. Bonn

[RKI, 2005] Lampert, T. & Ziese, T. (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: RKI

[Rolfmeier, 2011] Rolfmeier, Nicole. (2011). Definition Gesundheitspädagogik, Social Marketing, Gesundheitsbildung & mehr. <http://nirome-social-marketing.de/2011/02/16/definition-gesundheitspaedagogik/>. (Zugriff: 25.06.2011)

[Sangmeister, 2009] Sangmeister, Hartmut. (2009). Entwicklung und Internationale Zusammenarbeit. Baden – Baden: Nomos –Verlag

[Sangmeister, 2010] Sangmeister, H. & Schönstedt, A. (2010). Entwicklungszusammenarbeit im 21.Jahrhundert. Baden – Baden: Nomos – Verlag

[UN, 1948] Vereinte Nationen, (1948). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte <http://www.un.org/Depts/german/grunddok/ar217a3.html> (Zugriff: 26.06.2011)

[UN, 2000] Vereinte Nationen, (2000). Millenniumserklärung, der Vereinten Nationen. <http://www.unric.org/html/german/millennium/millenniumerklaerung.pdf> (Zugriff: 18.05.2011)

[UNAIDS, 2008] UNAIDS, (2008). The First 10 years. <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2008/november/20081103tfty/> (Zugriff: 28.05.2011)

[Vacker, 2009] Vacker, Renate. (2009). Ansteckende Krankheiten – Hindernisse für Entwicklung. Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe (DAHW)

<http://www.dahw.de/themenseiten/schwerpunkte/ansteckende-kranheiten-hindernis-fuer-entwicklung> (Zugriff: 09.06.2011)

[WdEH, 2010] Deutsche Welthungerhilfe e.V. (2010). Die Wirklichkeit der Entwicklungshilfe, Achtzehnter Bericht 2010. Bonn
http://www.welthungerhilfe.de/fileadmin/media/pdf/Wirklichkeit_Entwicklungshilfe/WdEH_18_2010_internet.pdf (Zugriff: 16.05.2011)

[WHO, 2008] World Health Organization, (2008). Skilled birth attendants.
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/skilled_birth/en/index.html
(Zugriff: 26.06.2011)

[WWF, 2011] World Wide Fund for Nature. WWF Deutschland, (2011).
<http://www.wwf.de/themen/politik/wasserpolitik/millennium-development-goals/>
(Zugriff: 28.05.2011)

Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“

Ort, Datum

Benjamin Martens